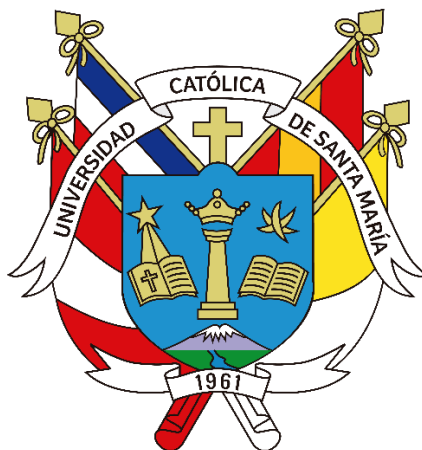


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL  
EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA EN EL  
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2023 - AREQUIPA, PERÚ”**

Tesis presentada por los bachilleres:

**Costa Chávez, María Fernanda**

**Santa María Gutiérrez, Claudia Elizabeth**

Para optar el título profesional de

**Médico Cirujano**

**Asesor:**

Dr. Alvarado Aco, José Eliseo

**Arequipa - Perú**

**2023**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**MEDICINA HUMANA**  
**TITULACIÓN CON TESIS**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 03 de Abril del 2023

Dictamen: 009186-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 009186, presentado por:

**2015100602 - COSTA CHAVEZ MARIA FERNANDA**

**2015402332 - SANTA MARIA GUTIERREZ CLAUDIA ELIZABETH**

Titulado:

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO  
2023, AREQUIPA, PERU.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29213591 - SALCEDO CATACORO MARIO ENRIQUE  
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL  
DICTAMINADOR**



**29575084 - LINARES AGUILAR CESAR OSWALDO  
DICTAMINADOR**



Dedico esta investigación a mis padres, hermanos y tías, porque sin su apoyo en todos los ámbitos no hubiera logrado alcanzar todas las metas que me propuse.

A todos los amigos que me motivaron a seguir la carrera de la mejor forma, amenizando hasta mis días más pesados con sus bromas y ocurrencias.

A Canela que me acompañó durante las noches de desvelo de trabajos y estudios.

**María Fernanda Costa Chávez**

Dedicado a Dios, por ser mi guía a lo largo de mi vida; a mis padres, por todo su esfuerzo y por ser mi soporte incondicional y creer en que puedo lograr todo lo propuesto.

A mi familia y amigos, por alentarme en cada momento a siempre poder seguir hacia adelante.

**Claudia Elizabeth Santa María Gutiérrez**

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por brindarme una familia amorosa y comprensiva que me ayudo a mantenerme firme en mi decisión de continuar con esta hermosa carrera.

Agradezco a mi madre Niura, quien me ayudo a estudiar cuando quedaba sin energías para seguir leyendo. Y se preocupó por mi bienestar a lo largo de toda la carrera.

Agradezco a mis hermanos Mónica, Jose, Gabriela y Gabriel porque me enseñaron a apreciar cada momento libre que tenía y el valor del tiempo en familia.

Agradezco a mis tías Diana, Susy, Aremy, Soraya y Herlinda porque fueron pilares básicos en mi formación académica y como persona. Al brindarme siempre compañía incluso en los momentos más difíciles.

Agradezco a todos mis angelitos que me cuidan desde el cielo; Sigrid, Mami Meche, Canelita, Papi Josa y Pari. Porque, aunque no pudieron seguir a mi lado y verme culminar la carrera, sé que se alegran y enorgullecen con cada uno de mis logros y siempre los llevo presente en mi corazón y me encuentro profundamente agradecida.

Agradezco a mis amigos que hicieron amena la carrera y que los largos años parecieran cortos. Cada salida, noche de estudio e incluso momentos de ansiedad previos a un examen, fueron increíbles experiencias a su lado.

Agradezco a todos los docentes que me brindaron sus saberes y me enseñaron la belleza y responsabilidad de la medicina. A cada uno de mis pacientes con los que aprendí que los médicos no solo somos sanadores sino también acompañantes en el difícil camino de la recuperación oyendo y brindando una sonrisa cuando lo necesitan.

**María Fernanda Costa Chávez**

Agradezco a Dios por ser mi principal guía y soporte en este largo camino, porque cada logro por más grande o pequeño obtenido es gracias a Él; por siempre demostrarme su amor, bondad, sabiduría a través de cada persona que ha puesto en mi camino.

Agradezco a mi padre, Mario, por enseñarme y corregirme siempre que lo he necesitado para formar de mí una persona de bien; a siempre ser agradecida y valorar a cada persona; sus palabras de aliento, orientación y motivación calaron en mí grandes enseñanzas.

Agradezco a mi madre, Lily, por su entrega y preocupación para cuidar siempre de mí, por creer que siempre puedo lograr todo lo que me proponga, a enseñarme que la humildad va más allá de todo, a ser solidaria siempre con los demás y cultivar en mí siempre mi fe a Dios.

Agradezco a mis tíos, Adalberto y Luisa, por el amor y cariño que me brindaron, por preocuparse por mí, estar siempre pendiente de mi bienestar y sentirse también orgullosos de mis logros, por brindarme una segunda familia que ha sido soporte en momentos importantes para mí.

Agradezco a mi familia, especialmente a mis sobrinos que me inspiran siempre a ser mejor persona y profesional para ser un digno ejemplo para seguir y siempre puedan aprender algo nuevo de mí.

Agradezco a mis docentes, muchos de ellos siempre han sido dignos de admiración, por transmitirnos sus conocimientos, y no solo médicos, sino también de valores y educación en ser mejores personas para nuestros pacientes y poder brindarles atención de calidad.

**Claudia Elizabeth Santa María Gutiérrez**



*“Por perfecto que sea cualquier hombre,  
nada vale si le falta la sabiduría que de ti viene”*

- Sabiduría 9:6

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los factores relacionados con el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) en mujeres en edad reproductiva (entre 18 y 40 años) del Centro de Salud Independencia, Arequipa, Perú, en el primer trimestre del 2023.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, de corte transversal en una población de 200 mujeres de 18 a 40 años que asistieron al Centro de Salud Independencia en el primer trimestre de 2023 y cumplieron con los criterios de selección. Las evaluaciones de diagnóstico se basaron en el algoritmo estandarizado DSM-V. La relación entre variables categóricas se analizó con la prueba de chi-cuadrado con un umbral significativo de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** La prevalencia del TDPM en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Independencia en el primer trimestre del 2023 fue del 42%, de las cuales 7% fueron menores de 20 años, 23 % tenían entre 20 y 24 años, 28 % tenían entre 25 y 29 años, el 18% tenía entre 30 y 34 años, el 14% tenía entre 35 y 39 años y el 10% tenía más de 40 años. En cuanto a las características socioepidemiológicas, el 6,5% de los participantes terminaron la educación primaria, el 39% terminaron la educación secundaria, mientras que el 26,5% y el 28% de los participantes terminaron la educación superior técnica y la educación superior universitaria, respectivamente. El TDPM fue más frecuente en mujeres casadas (52,38%) que en solteras (49,50%) y convivientes (29,49%); siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). En cuanto al consumo de café, su relación con la prevalencia de TDPM no fue estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

Aunque se observó una mayor prevalencia de TDPM en mujeres con mayor consumo de tabaco, esta tendencia no fue estadísticamente significativa en comparación con aquellas que consumían menos tabaco ( $p > 0,05$ ). En cambio, el consumo de alcohol se asoció con el TDPM ( $p < 0,05$ ), con una prevalencia de 36,05 % en mujeres que no consumen alcohol, 45,16 % en mujeres que consumen 4 vasos de bebidas alcohólicas al mes y 77,27 % en mujeres que consumen más de 4 vasos de bebidas alcohólicas al mes.

Con respecto a las características ginecológicas de las participantes, el TDPM no se asoció con diferencias en el régimen catamenial o el uso de anticonceptivos ( $p > 0,05$ ).

En cuanto a la sintomatología, los participantes reportaron haber experimentado distensión abdominal (78,0%), cansancio (71,5%), depresión (67,5%), cambios bruscos de humor (65,5%)

y nerviosismo (59,5%). El 50% de las participantes informó que los síntomas interfieren con el trabajo, mientras que el 73,0% informó que los síntomas están presentes en todos los ciclos menstruales.

Finalmente, la prevalencia de TDPM en nuestra cohorte parece ser mayor en comparación con estudios locales, nacionales e internacionales.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de TDPM en mujeres entre 18 y 40 años, atendidas en el Centro de Salud Independencia, Arequipa, Perú fue de 42%, con base en el algoritmo DSM-V. Se encontró que los factores asociados a este síndrome son la edad, el nivel educativo, el estado civil, el consumo de alcohol y los ciclos con dismenorrea; sin embargo, pueden ser necesarios más estudios y diagnósticos diferenciales para comprender mejor la frecuencia y gravedad de este trastorno en nuestra localidad.

Comprender la prevalencia de mujeres que padecen TDPM y la gravedad de sus síntomas en nuestra región es fundamental para diseñar intervenciones que las informen sobre este trastorno y puedan ayudar a mejorar su calidad de vida.

**Palabras clave:** trastorno disfórico premenstrual, síndrome premenstrual.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the factors associated with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in women of reproductive age (between 18 and 40 years of age) at the Centro de Salud Independencia, Arequipa, Peru, in the first quarter of 2023.

**METHODS:** A prospective, observational, cross-sectional study was conducted to determine the prevalence of PMDD in a cohort of 200 women aged 18-40, who attended the Centro de Salud Independencia in the first quarter of 2023 and met the selection criteria. Diagnostic assessments were based on the standardized DSM-V algorithm. The relationship between categorical variables was analyzed with the chi-square test with a significant threshold of  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** The prevalence of PMDD in patients recruited at the Centro Salud Independencia in the first quarter of 2023 was 42%, of which 7% were under 20 years of age, 23% were 20-24 years of age, 28% were 25-29 years, 18% were 30-34 years, 14% were 35-39 years, and 10% were older than 40 years. Regarding the socioepidemiological characteristics, 6.5% of participants completed primary education, 39% completed secondary education, while 26.5% and 28% of the participants completed technical higher education and higher university education, respectively. PMDD was more frequent in married women (52.38%) than in single women (49.50%) and de facto partners (29.49%); being these differences statistically significant ( $p < 0.05$ ). Regarding coffee consumption, its relationship with the prevalence of PMDD was not statistically significant ( $p > 0.05$ ).

Although a higher prevalence of PMDD was observed in women with higher tobacco consumption, this trend not statistically significant in comparison with those who consumed less tobacco ( $p > 0.05$ ). In contrast, alcohol consumption was associated with PMDD ( $p < 0.05$ ), with a prevalence of 36.05% in women who do not consume alcohol, 45.16% in women who consume 4 glasses of alcoholic beverages per month, and 77.27% in women who consume more than 4 glasses of alcoholic beverages per month.

Regarding symptomatology, participants reported having experienced abdominal distension (78.0%), tiredness (71.5%), depression (67.5%), sudden changes in mood (65.5%), and nervousness (59.5%). Fifty percent of participants reported that symptoms interfered with work, while 73.0% reported that symptoms are present in all menstrual cycles.

With regard to gynecological features of the participants, PMDD was not associated with differences in the catamenial regimen or the use of contraceptives ( $p > 0.05$ ).

Finally, the prevalence of PMDD in our cohort appears to be higher in comparison with local, national, and international studies.

**CONCLUSIONS:** The prevalence of PMDD in women between 18 and 40 years of age, recruited at the Centro de Salud Independencia, Arequipa, Peru was 42%, based on the DSM-V algorithm. Factors associated with this syndrome were found to be age, level of education, marital status, alcohol consumption, and cycles with dysmenorrhea; however, more studies and differential diagnosis may be needed to understand better the frequency and severity of this disorder in our locality.

Understanding the prevalence of women suffering from PMDD and severity of their symptoms in our region is critical to design interventions that inform them about this disorder and can help improve their quality of life.

**Keywords:** premenstrual dysphoric disorder, premenstrual syndrome

## INDICE

RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	3
PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	3
1 Problema de investigación:.....	4
1.1 Enunciado del Problema: .....	4
1.2 Descripción del Problema:.....	4
1.3 Justificación del problema: .....	7
2 Objetivos: .....	10
2.1 General: .....	10
2.2 Específicos:.....	10
3 MARCO CONCEPTUAL: .....	11
3.1 CICLO MENSTRUAL:.....	11
3.1.1 FASES DEL CICLO MENSTRUAL: .....	11
3.2 TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL: .....	13
3.2.1 DEFINICIÓN:.....	13
3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA: .....	14
3.2.3 ETIOLOGÍA:.....	14
3.2.4 FACTORES DE RIESGO: .....	17
3.2.5 SINTOMATOLOGÍA: .....	18
3.2.6 DIAGNÓSTICO: .....	19
3.2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	21
3.2.8 SÍNDROME PREMENSTRUAL .....	22
3.2.9 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL .....	24
3.2.10 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:.....	28
4 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	28
5 HIPÓTESIS:.....	35
CAPITULO II.....	36
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	36
1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	37
2 Estrategia de Recolección de datos: .....	37
3 Campo de verificación: .....	38

3.1	Ubicación espacial:.....	38
3.2	Ubicación temporal: .....	38
3.3	Unidades de estudio:.....	38
CAPITULO III:.....		40
RESULTADOS .....		40
1	PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS:.....	41
2	DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: .....	54
3	CONCLUSIONES:.....	61
4	RECOMENDACIONES: .....	62
REFERENCIAS.....		63
ANEXOS .....		67



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características socio-epidemiológicas de las mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa .....	<b>42</b>
<b>Tabla 2.</b> Consumo de café y sustancias nocivas en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.....	<b>43</b>
<b>Tabla 3.</b> Características clínicas y antecedentes de las mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.....	<b>44</b>
<b>Tabla 4.</b> Características ginecológicas y antecedentes de las mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú .....	<b>45</b>
<b>Tabla 5.</b> Síntomas de Trastorno disfórico menstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú .....	<b>46</b>
<b>Tabla 6.</b> Prevalencia del Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú .....	<b>48</b>
<b>Tabla 7.</b> Factores socioepidemiológicos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú .....	<b>49</b>
<b>Tabla 8.</b> Factores alimentarios relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú .....	<b>50</b>
<b>Tabla 9.</b> Factores clínicos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú .....	<b>51</b>
<b>Tabla 10.</b> Factores ginecológicos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú .....	<b>52</b>
<b>Tabla 11.</b> Factores continuos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.....	<b>53</b>

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) es una condición que puede interferir con las actividades cotidianas de las mujeres. Este trastorno comprende diversos síntomas tanto físicos como psicológicos, con una presentación periódica antes del inicio de cada ciclo menstrual (2).

Clásicamente, estas alteraciones eran englobadas dentro del Síndrome premenstrual, común en la mayoría de las mujeres dentro de la edad reproductiva. Sin embargo, el síndrome premenstrual incluye también a mujeres con manifestaciones leves correspondientes a variaciones fisiológicas hormonales, que no alteran el desarrollo de sus actividades diarias. Por tanto, fue necesario un cambio en cuanto al reconocimiento del TDPM como enfermedad para establecer estrategias orientadas a la prevención y al tratamiento (4).

El TDPM aparece por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales del año 1994 (DSM-IV). En este manual se reconoce la importancia del TDPM, incluyéndose en un apéndice dentro de los Trastornos depresivos no especificados. Adicionalmente, se establecen criterios diagnósticos más importantes para el diagnóstico del TDPM, pero aún sin ser catalogado como una enfermedad psiquiátrica. Recientemente, en la quinta edición (DSM - V) se incluye como diagnóstico y enfermedad al TDPM, ubicándolo dentro del capítulo de Trastornos Depresivos (1).

La etiología asociada a la presencia del TDPM aún sigue siendo estudiada, al igual que la relación con los posibles factores riesgo y el tratamiento específico para la misma (2). De momento, existe evidencia científica de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) tienen buena acción terapéutica para el tratamiento de esta enfermedad, sobre todo disminuyendo las manifestaciones emocionales severas observadas en este trastorno (6).

Dado que el TDPM fue recientemente reconocido en el DSM-V, aún existe poca información al respecto de la prevalencia de esta enfermedad y sus factores asociados. Esta escasez de información es más acentuada a nivel local.

Recientemente se ha descrito un incremento del porcentaje de personas con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, así como un incremento en el porcentaje de manifestaciones de síntomas depresivos en la población. Por tanto, es importante conocer el comportamiento y los factores relacionados a nivel local.

Un fenómeno observado, pero no reportado de forma sistemática, es que en nuestro medio es común que la población clasifique los síntomas del TDPM como naturales y propios de toda mujer. La opinión generalizada de que estas manifestaciones son propias de la etapa menstrual, sin brindar información, diagnóstico o tratamiento a esta enfermedad, disminuye la calidad de vida de las mujeres. Consideramos, por tanto, importante el reconocimiento de los factores relacionados a TDPM a fin de identificarlos y poder establecer estrategias orientadas a la mitigación de sus efectos y al diagnóstico oportuno de la enfermedad.



# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1 Problema de investigación:

### 1.1 Enunciado del Problema:

*¿Cuáles son los factores relacionados al trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 a 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia – Arequipa, Perú?*

### 1.2 Descripción del Problema:

#### 1.2.1 Área del conocimiento:

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Psiquiatría  
Ginecología y Obstetricia
- **Línea:** Trastorno disfórico premenstrual

#### 1.2.2 Operacionalización de Variables:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
<b>Variable Dependiente</b>			
Trastorno disfórico premenstrual	Encuesta de Vega-Deinstmaier	Si No	Nominal
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Razón
Consumo de café	Consumo diario de café	Si No	Nominal
Peso	Según referencia del paciente	Kg	Razón
Estado nutricional	IMC	Normopeso Sobrepeso	Ordinal

		Obesidad	
Actividad física	Actividad física regular	Si No	Nominal
Migración	Según referencia de paciente. Comparando lugar de nacimiento con residencia actual.	Si No	Nominal
Estado Civil	Encuesta	Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada	Nominal
Grado de instrucción	Encuesta. Último nivel completado.	Primaria Secundaria Superior	Razón
Enfermedad crónica	Presencia de enfermedades como diabetes, hipertensión, asma, etc.	Diabetes Hipertensión Arterial Asma Otros	Nominal
Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica	Diagnóstico de trastorno depresivo, ansioso, o de la personalidad realizados por profesional especializado	Si No	Nominal

Tabaquismo	Consumo regular o frecuente de cigarrillo según autoreporte de paciente.	Si No	Nominal
Consumo frecuente de alcohol	De acuerdo con encuesta	Si No	Nominal
Edad de Menarquia	Edad de la primera menstruación	años	Razón
Régimen cataménial	Frecuencia de la menstruación	Regular Irregular	Nominal
Dismenorrea	Dolor durante la menstruación	Si No	Nominal
Edad de inicio de relaciones sexuales	Según encuesta	Menor o igual a 18 años De 19 a 24 años De 25 años a más	Ordinal
Pareja sexual estable	Según encuesta	Si No	Nominal
Uso de Anticoncepción hormonal	Según encuesta	Pastillas Inyecciones T de cobre Ninguno	Nominal

### 1.2.3 Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú?

- ¿Cuáles son los factores relacionados con el trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú?

#### **1.2.4 Tipo de investigación:**

- Investigación de Campo

#### **1.2.5 Diseño de investigación:**

- Según el propósito de estudio: Observacional
- Según la cronología de las investigaciones: Prospectivo
- Según el número de mediciones: Transversal

#### **1.2.6 Nivel de investigación:**

- Nivel Relacional

### **1.3 Justificación del problema:**

- **Justificación Científica:**

La presente investigación presenta relevancia científica debido a que el objetivo de esta se halla enfocado en describir una enfermedad sobre la que aún existen muchos vacíos conceptuales y no se han desvendado los factores desencadenantes o etiológicos de la enfermedad. Adicionalmente, nuestra investigación tiene por objetivo estudiar una población suburbana al sur del Perú, sobre la cual, después de realizar una búsqueda exhaustiva, podemos afirmar que existe escasa evidencia. El estudio de un problema científico a nivel local brinda información e incrementa el cuerpo de evidencia existente que puede llevar a profundizar el conocimiento de esta enfermedad y su impacto en una población determinada.

- **Justificación Humana:**

EL TDPM es una enfermedad que ha sido descrita con una prevalencia en aumento en los últimos años. La poca visibilidad de este diagnóstico, y la existencia de preconceptos al respecto del periodo menstrual se constituyen en un tipo de discriminación contra la mujer. Este problema se ve exacerbado en nuestra localidad debido a una cultura basada en el “machismo”. La falsa creencia de que las diversas manifestaciones psicósomáticas previas al periodo menstrual son parte del sexo femenino y no requieren atención profundiza los problemas de discriminación y pueden ser el punto de partida para actitudes de violencia de género. Visibilizar esta enfermedad, así como reconocer los factores de riesgo para la misma, permitirá identificar precozmente a mujeres en riesgo de desarrollar estos síntomas. Esto, asociado con políticas sanitarias basadas en evidencia permitirá mejorar no solo la salud individual de las mujeres, sino elevar el nivel de salud de la población en general.

- **Justificación Social:**

Nuestro trabajo busca determinar los factores más relevantes en el TDPM. Este trastorno cursa con síntomas que afectan la calidad de vida y puede ser limitante para el desarrollo de las actividades cotidianas de la mujer. En este sentido, el TDPM puede afectar de forma negativa el rendimiento académico y laboral de las mujeres. Esto puede ahondar el problema de las brechas de género en torno a oportunidades laborales, así como las diferencias salariales existentes. Elevar el nivel de salud de las mujeres a través del diagnóstico y tratamiento oportuno del TDPM posee gran relevancia a nivel social, debido a que contribuye a mejorar las oportunidades, desempeño e inclusión de las mujeres en todos los niveles productivos. De forma semejante, los roles de la mujer dentro de la familia pueden ser afectados por la presencia de enfermedades mentales, entre las que se incluye el TDPM. A pesar de reconocer la importancia tanto del hombre como la mujer en la familia como núcleo social, la mujer tiene un rol fundamental en la familia y se ve expuesta a múltiples vulnerabilidades. En este contexto la presencia del TDPM afecta de forma importante el rol de la mujer en

la familia, pudiendo ser un riesgo para el adecuado funcionamiento de la familia. Reconocer los factores de riesgo de TDPM tiene por tanto un aporte debido a que con ello se puede mejorar no solo la salud individual de la mujer, sino de la familia como núcleo básico de la sociedad.

- **Justificación Contemporánea:**

El trastorno disfórico premenstrual en la actualidad es una afección que se ha visto en aproximadamente del 3 al 7 % de mujeres en edad fértil durante los últimos años, teniendo una mayor prevalencia entre la segunda y tercera década de vida (1, 3); sus síntomas pueden ser disminuidos modificando factores asociados y aplicando el tratamiento debido. Sin embargo, en nuestro entorno sigue siendo una patología muy poco conocida y estudiada. Esta investigación tiene el objetivo de demostrar que en nuestro medio existe población afectada y dar cuenta de ellas para su posterior beneficio. Adicionalmente es importante resaltar que en el periodo posterior al inicio de la pandemia de COVID-19, se ha elevado el número de personas afectadas por trastornos mentales. De manera semejante, en la actualidad, las manifestaciones de síntomas depresivos y ansiosos se ha incrementado incluso en la población no afectada por enfermedades psiquiátricas. Esto hace que el estudio del TDPM en este momento tenga alta relevancia, dado que es un problema actual y vigente en la población.

- **Factibilidad:**

El presente estudio es prospectivo y transversal, con la facilidad de ser abordado mediante una ficha de recolección de datos y un cuestionario ya validado. Además, contamos la autorización oficial para que dicha investigación sea aplicada en pacientes en el Centro de Salud Independencia. Los gastos generados serán asumidos por las investigadoras.

- **Interés Personal:**

Este tema atrajo nuestra atención debido a que en la sociedad en la que vivimos es muy común relacionar al periodo de menstruación de todas las mujeres con diferentes dificultades físicas o anímicas que puedan presentar en esta etapa; sin poder comprender que llegar a la incapacidad de realizar las actividades del día a día corresponden a una patología ya establecida. En nuestra ciudad, este trastorno no es considerado como tal; lo que dificulta mucho más su diagnóstico, por lo que es de nuestro interés darlo a conocer en nuestro medio.

## 2 **Objetivos:**

### 2.1 **General:**

- Describir los factores relacionados con el trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.

### 2.2 **Específicos:**

- Describir las características socioepidemiológicas en mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.
- Estimar la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.
- Comparar la frecuencia de los factores estudiados en mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú con y sin trastorno disfórico premenstrual.

### 3 MARCO CONCEPTUAL:

#### 3.1 CICLO MENSTRUAL:

El tiempo habitual del ciclo varía entre los 28 días con un margen de +/- 7 días, y un tiempo de sangrado entre 4 +/-2 días. El ciclo comienza a ser contado desde el primer día. Debemos considerar que el tiempo del ciclo menstrual varía según la edad de las mujeres, observándose que en los primeros años post menarquia el ciclo se torna irregular, al igual que en los últimos 3 años previos a la menopausia. Y se espera un ciclo más regular entre la segunda y cuarta década de vida (20).

Este ciclo podemos dividirlo en dos fases principales: la folicular (preovulatoria) y la lútea (post ovulatoria). Normalmente la fase lútea suele presentar menos variación en el tiempo de duración, teniendo una media de tiempo de 14 días. Y la fase folicular suele ser la causante de las irregularidades entre ciclos (20).

##### 3.1.1 FASES DEL CICLO MENSTRUAL:

- **Fase Folicular:**

Al término de un ciclo menstrual, se ve reducción en los valores de progesterona y estrógenos y un aumento en el valor de la FSH (20).

Las mujeres que presentan algún problema en el funcionamiento ovárico presentan una mayor elevación de los valores de FSH que en mujeres jóvenes con un adecuado funcionamiento. Además, se observó que este aumento repentino y rápido de los valores de FSH genera una recaptación de folículos de mayor volumen lo que estaría relacionado con la menor duración de la fase folicular (20).

A la mitad de esta fase, se ve un aumento de los valores estrogénicos y de la inhibina, lo que disminuye el valor de FSH por una acción de retroalimentación (20).

Al inicio de esta fase se observa un aumento lento de tamaño del óvulo, el cual llega a triplicar su tamaño. Consiguiente a este proceso se da un

aumento de grosor de la capa de la granulosa folicular debido a la proliferación celular, aquellos folículos donde se presenta esto son denominados primarios (12).

- **Ovulación:**

Terminando la anterior fase vemos un aumento notable en el acumulo de estradiol, la causa de esto no es muy clara; sin embargo, se cree que estaría relacionado con las kipeptinas. Así mismo, la elevación de la progesterona previo a la ovulación genera el aumento de la FSH, y detona en el pico de LH. Al finalizar este pico se da un aumento repentino en los niveles de esteroides (20).

En aquellas mujeres del ciclo menstrual regular (28 días) la ovulación se suscita en la segunda semana. Previo a este proceso, el recubrimiento del folículo genera una elevación que contiene el “estigma”. Y en la siguiente media hora, protruye sustancia folicular de este mismo “estigma”. Los minutos siguientes, el folículo se atrofia y el estigma es destruido, por lo que un contenido viscoso es eyectado al exterior. En dicho contenido se encuentra el óvulo y la llamada Corona Radiada (18).

- **Fase Lútea:**

La granulosa y la teca interna posterior a la eliminación del óvulo transforman sus células en luteínicas. Y crece su tamaño al ser llenadas por contenido de lípidos lo que les otorga una coloración amarillenta. A esto se le llama luteinización, y a la agrupación celular “cuerpo lúteo”. Las células de la capa granular generan el aumento de tamaño del retículo endoplasmático liso y con esto la producción de estrógenos y progesterona. Las de la teca son las responsables de los andrógenos que terminan siendo transformados en hormonas propias de la mujer. En aquellas mujeres con un ciclo menstrual adecuado el cuerpo lúteo crece a su máximo tamaño (1.5 cm) durante la primera semana posterior a la ovulación. Después este tamaño comienza a decrecer y pierde sus funciones de secreción lipídica aproximadamente a los 12 días pasada

la fase ovulatoria, y forma el cuerpo albicans que termina siendo reabsorbido con el paso de los meses después de transformarse en tejido conectivo (18).

### **3.2 TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL:**

#### **3.2.1 DEFINICIÓN:**

El Trastorno disfórico premenstrual (TDPM), es una afección psicósomática generada por las variaciones en los niveles de esteroides sexuales que se producen en el ciclo menstrual femenino (1).

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) refiere la exacerbación patológica tanto somática como física que se expresa durante el periodo luteínico del ciclo menstrual, pudiendo llegar a la incapacidad física y psíquica, además de alteración en el desarrollo de diversas áreas de su vida personal y cotidiana (2).

El término Tensión premenstrual (TPM) dio sus inicios en 1930, donde se describieron los diversos cambios emocionales periódicos, que predominaban posterior a la ovulación durante el ciclo menstrual. Sin embargo, en 1953 este término fue asociado a múltiples signos y síntomas del Síndrome premenstrual (SPM). A partir del año 1990 es catalogado como trastorno disfórico del final de la fase lútea en el DSM-III-R, y en el DSM-IV reaparece con el nombre de trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Según la última versión del DSM-V el TDPM toma importancia dentro del texto en un propio apartado (1).

Cabe recalcar que el TDPM abarca la parte psiquiátrica y se manifiesta a través de síntomas somáticos, emocionales y del comportamiento, previos al inicio de la menstruación y disminuye a medida que progresa el ciclo menstrual. Esto es debido a la fluctuación de los niveles hormonales que tienen repercusión a nivel global en la mujer y no solo en el sistema reproductor femenino (1).

Según el DSM-V se engloban diversos criterios a evaluar para llegar al diagnóstico patológico del Trastorno Disfórico Premenstrual, que en su

mayoría están basados en la alteración del estado de ánimo en la mujer. Descartando como diagnóstico diferencial al Síndrome Premenstrual.

### **3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA:**

Según diversos estudios, más del 80% de mujeres presentan alteraciones físicas y anímicas durante la semana premenstrual; sin embargo, esto no significa que todas presenten TDPM, ya que se ha observado que solo un aproximado de 3 a 7 % del total de pacientes analizadas durante estas investigaciones cumplen con criterios diagnósticos que podrían llegar a incapacitarlas para la realización y cumplimiento de sus actividades diarias (1, 3).

El TDPM tiene una prevalencia sobre mujeres en edad reproductiva, sobre todo entre la segunda y tercera década de vida. Sin embargo, estas presentan menos síntomas y más leves frente a féminas de 16 -18 años. Esta afección comienza con la menarquia y se manifiesta durante la adolescencia temprana, afectando la parte psicológica de estas mujeres, llegando a ser un problema de gran importancia y discapacitante en muchos casos (4).

### **3.2.3 ETIOLOGÍA:**

La causa exacta del TDPM no se conoce con exactitud; sin embargo, se tienen diversas hipótesis sobre la etiología del TDP. Entre ellas está la hipótesis del efecto modular negativo que las hormonas sexuales tienen sobre los receptores de ácido gamaaminobutirico (GABA), debido a sus efectos neuroactivos en la fase lútea, lo que generaría la sintomatología emocional y somática y que no sería constante durante todo el ciclo menstrual (2).

El TDPM puede manifestarse a lo largo de la edad reproductiva femenina, presentando algunas féminas los síntomas más exacerbados que otras. Se ha reportado que uno de los factores que exagera los síntomas del TDPM es el estrés (3).

Debido a la falta de conocimiento sobre la causa de esta enfermedad, diversos grupos se encuentran investigando la relación entre las hormonas, la química cerebral femenina con el TDPM, así como también la implicancia de la testosterona en la severidad de la sintomatología del TDPM (3).

Otros estudios sugieren que el Trastorno Disfórico Premenstrual podría estar relacionado a un mal equilibrio de los niveles de serotonina, ya que está relacionada a la variación del estado de ánimo y el humor. También se ha observado menores niveles de serotonina en mujeres que presentan esta afección (3).

Hoy en día se cuenta con investigaciones sobre la etiopatogenia del TDPM, los cuales mencionan diversos factores:

- **Factores Genéticos:**

Si se cuenta con antecedentes familiares de haber presentado TDPM.

- **Neurotransmisores:**

- ✓ Acción progestágena que genera reducción en la función de la MAO.
- ✓ Elevación en la actividad del NA
- ✓ Actividad esteroidea sexual relacionada con el descenso del ton 5 HT.
- ✓ Menor actividad de lo normal en la GABA que genera inhibición de progesterona.

- **Esteroides Gonadales y Gonadotrofinas:**

- ✓ Niveles bajos de progesterona
- ✓ Desbalance estrógeno/progesterona
- ✓ Déficit de producción de testosterona

- **Factores Hormonales, alteraciones en:**

- ✓ Producción de Prolactina
- ✓ Producción de GH
- ✓ Eje Tiroideo
- ✓ Producción Cortisol basal
- ✓ Producción de Melatonina
- ✓ Producción PGE y PGF (4).

En el TDPM no se ha visto que haya alteración en eje límbico-hipotalámico-hipofiso-adrenal, como ocurre en patologías depresivas, sugiriendo de que la fisiopatología de ambas es distinta a pesar de compartir sintomatología (4).

La alopregnanolona también está involucrada en el TDPM al presentar fluctuaciones. Estudios hicieron comparaciones de niveles de progesterona y alopregnanolona en mujeres con TSPM en la tercera semana del ciclo menstrual, viéndose valores de alopregnanolona por debajo de lo normal en el día 26; sin embargo, no hay diferencia notable en los valores de progesterona (5).

No obstante, si existe relación entre el ciclo menstrual y los niveles de serotonina. Mujeres con TDPM sometidas a estrés, presentan un incremento de cortisol y reducción en los niveles de alopregnanolona (algo que no sucede en mujeres que no padecen TDPM) (5).

En los últimos estudios se vio además que los valores de 5 Hidroxitriptamina (5HT) no eran normales en mujeres con TDPM, además de una baja recaptación de serotonina en las plaquetas de estas. Gracias a estos descubrimientos, se indicó el uso de ISRS como tratamiento para mujeres con esta afección (6).

A este descubrimiento se añade un experimento en ratas, a las cuales se les administró Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), y se vio reflejado en una elevación de la función de la enzima 3HSD (deshidrogenasa de los hidroxisteroides). Además, la utilización de estas tiene acción sobre la alopregnanolona, que se ve disminuida en pacientes con TDPM (7).

En el ser humano encontramos 2 isoformas de 3 HSD (II y II). La 3 HSD tiene relación con la efectividad hormonal con el tratamiento de ISRS (7).

### **3.2.4 FACTORES DE RIESGO:**

#### **3.2.4.1 Edad:**

Las patologías premenstruales se manifiestan generalmente en la edad temprana de la adolescencia, posterior a la menarquia y disminuyen pasada la menopausia. Esto ha sido comprobado mediante estudios (9). Diversos investigadores indican que el Trastorno Disfórico Premenstrual se exagera sobre todo en mujeres jóvenes, entre los 20 y 30 años; pero a mayor la edad, aumenta la probabilidad de aparición de síntomas. Además, se observó que el TDPM predomina en mujeres con ciclos menstruales que sobrepasan el tiempo menstrual habitual o que son más breves (5).

#### **3.2.4.2 Hábitos y estilos de vida:**

El abuso del consumo de alcohol o café aumenta la probabilidad de manifestar TDPM, también las personas con sobrepeso y que realizan paupérrima actividad física. Se encontró una investigación a 874 mujeres, que comprobó que el 2.5% de sintomatología tiene una estrecha asociación con el alcohol. otra investigación a 305 mujeres jóvenes (17-32 años), demostró que la severidad de síntomas es mayor en las mujeres fumadoras. Como forma de prevención, varios autores recomiendan un cambio en la dieta, dando prioridad a las frutas, carnes verduras y sobre todo un adecuado consumo de agua pura. Además de restringir la ingesta de sal, azúcar, condimentos y café (6).

### 3.2.4.3 Genética y fisiología:

La implicancia hereditaria en el TDPM no ha sido estudiada hasta el momento. Pero se sospecha que se encuentra entre aproximadamente 30-80% de los casos, con una media de 50%. Por ejemplo, un estudio demostró que el 70% de hijas con madres que presentaron TDPM, también manifestaron sintomatología correspondiente (6).

### 3.2.4.4 Modificadores del proceso:

Un estudio demostró que mujeres que toman anticonceptivos orales (ACOS), presentan menor molestia previa a la menstruación que aquellas que no los consumen. No obstante, otro indicó que no existe una diferencia notable entre las mujeres consumidoras de ACOS y las no consumidoras (6).

### 3.2.5 SINTOMATOLOGÍA:

Esta afección se manifiesta con sintomatología anímica que llega a comprometer la parte somática, alteran la conducta, el régimen de sueño, las conductas alimenticias y en la parte física generan migraña, irritabilidad en las mamas e hinchazón abdominal (1,2).

Dentro de estos síntomas los principales son:

- Afectivos: cólera, ansiedad, labilidad emocional, tristeza, irritabilidad.
- Dolores: musculares, mastalgia, migraña
- Automas: bochornos, taquicardia, náuseas.
- Balance líquido: edema, aumento de peso, oliguria.
- Cognitivos: paranoia, ideación autolítica o suicida, reducción de la concentración, hipersensibilidad, indecisión.

- Neurovegetativos: anorexia, insomnio, letargia, falta de saciedad, hipersomnia, fatiga.
- Dermatológicos: cabello seco o graso, acné.
- Conducta: disminución de la eficiencia, de controlar impulsos, de la motivación.

Los principales grupos son: somáticos, de conducta y emocionales (7).

### 3.2.6 DIAGNÓSTICO:

Para el diagnóstico de TDPM, se debe seguir ciertos criterios establecidos en el DSM-5:

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
  1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
  2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
  3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
  4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
- C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.
  1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).

2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

*Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.*

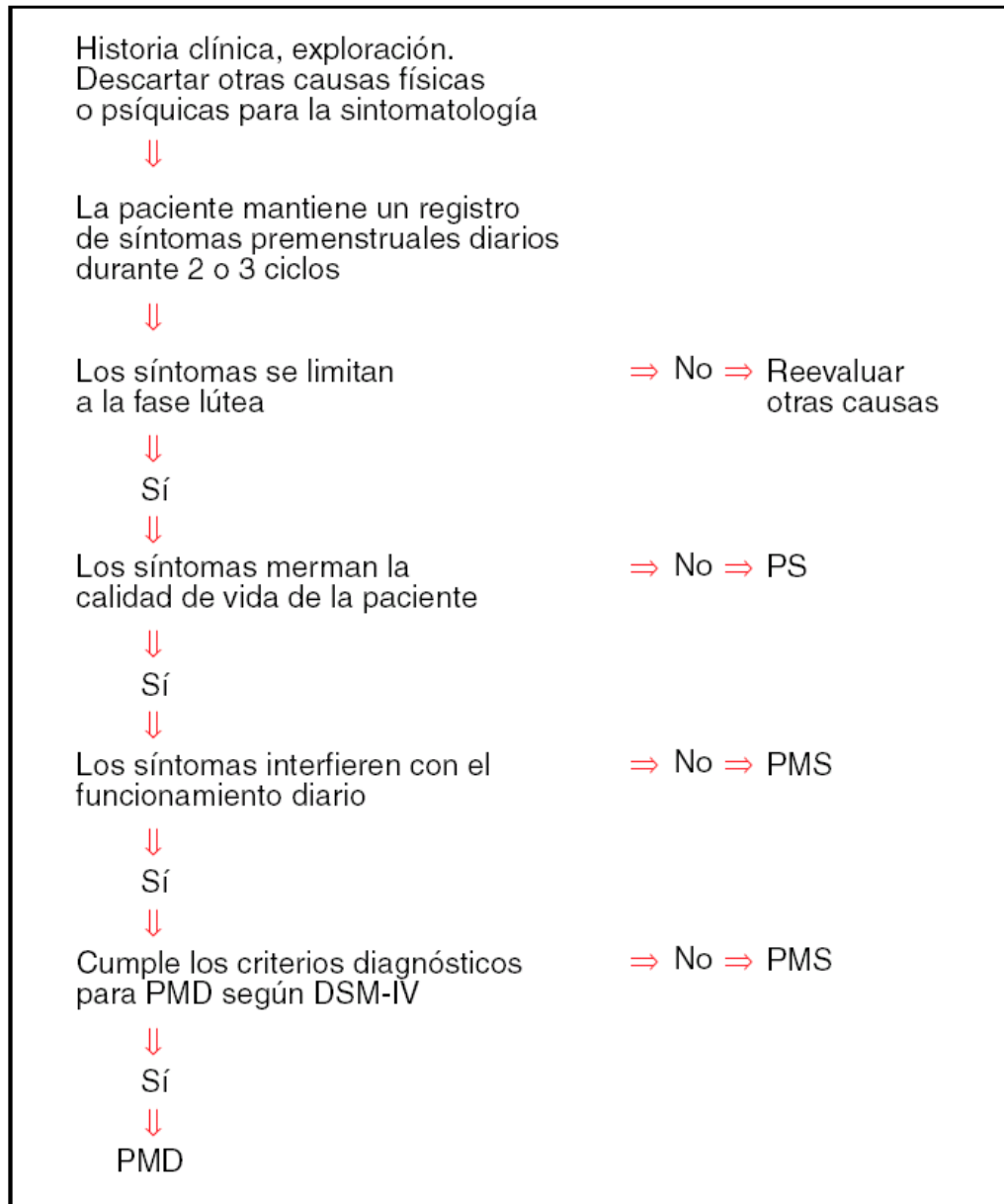
- D.** Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).
- E.** La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
- F.** El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)
- G.** Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo) (8).

### 3.2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para un correcto diagnóstico del SPM y el TDPM es necesario descartar otras patologías psiquiátricas que muestran un aumento sintomatológico según el ciclo menstrual. Dentro de estas encontramos psicosis, trastornos ansiosos y depresivos, trastornos de la conducta alimenticia, migraña y alergias (3).



### 3.2.7.1 Algoritmo diagnóstico del Síndrome Premenstrual y del Trastorno Disfórico Premenstrual



Fuente: Campagne D, Campagne G. Nuevos parámetros clínicos del síndrome premenstrual (9).

### 3.2.8 SÍNDROME PREMENSTRUAL

Tenemos que considerar que el Síndrome Premenstrual y el Trastorno disfórico premenstrual son patologías que suelen ser confundidas al momento de su diagnóstico. Por esto se recalca que el SPM no se manifiesta más intensamente en la fase lútea y no es cíclico. siguiendo este criterio se deben descartar como diagnósticos diferenciales otras

patologías que involucren alteraciones cíclicas en los esteroides ováricos. Ya que esto puede manifestarse en enfermedades como Lupus, diversas patologías tiroideas, alérgicas y psiquiátricas (ansiedad, pánico, depresión). Es importante recordar que no todas las exacerbaciones sintomatológicas premenstruales nos diagnostican SPM o TDPM (10).

El SPM engloba síntomas somáticos y emocionales que se manifiestan a partir de la ovulación y terminan con el inicio de la menstruación. Dentro de estos síntomas físicos encontramos la sensibilidad mamaria, letargia, aumento del apetito; y en los síntomas psicológicos están la tendencia a la irritabilidad, depresión, desconcentración, facilidad de llanto y conductas violentas. La tercera parte de las mujeres antes de la menopausia presentan Síndrome Premenstrual, pero al no manifestar sintomatología característica se torna dificultoso su diagnóstico. Se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial entre el TDPM y el SPM; el Trastorno Disfórico Premenstrual genera una disminución en la realización de las actividades cotidianas, llegando a ser incapacitante (11).

El diagnóstico del SPM se hace mediante criterios; y solo se determina si presenta por lo menos 1 criterio de sintomatología afectiva y física. además, deben manifestarse en la semana previa a la menstruación y parar durante los 5 días consiguientes a la terminación de esta. Los síntomas tienen que observarse por lo menos en 3 ciclos anteriores y en 2 ciclos consecutivos. De contarse con estos criterios y haber eliminado posibles diagnósticos diferenciales como efectos secundarios a fármacos o el abuso de sustancias ilegales; añadido a la disminución de las capacidades laborales o sociales, puede darse el diagnóstico (12).

### 3.2.9 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

No se cuenta con una guía para el tratamiento del SPM/TDPM, ya que los resultados de las investigaciones no son uniformes. Esto hace que esta afección sea muy difícil de manejar y controlar, sobre todo en adolescentes. Se tienen tratamientos que no involucran medicación, y son beneficiosos solo mejorando comportamientos, estilos de vida y mejorando la alimentación y actividad física. También existen tratamientos que involucran medicación con terapéutica hormonal con ISRA, ACOS, etc. A la hora de la elección del tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico, es importante que vaya de acuerdo con las características individuales del paciente y a sus necesidades (7, 13, 14).

#### 3.2.9.1 Medidas no farmacológicas:

- **Educación:** Se realizaron diversas campañas educativas en adolescentes. En una primera intervención se habló respecto a la morfología femenina, fisiología menstrual, conceptos básicos del Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual y su importancia en todos los aspectos cotidianos. En la segunda intervención se habló sobre el control del estrés y cómo manejarlo. El resultado de estas capacitaciones fue beneficioso y se reflejó al momento de evaluarlos mediante encuestas donde se indicaron los síntomas característicos del TDPM (13).
- **Ejercicio:** No se tienen muchos estudios que indiquen si el ejercicio tiene una importante implicancia terapéutica en mujeres adolescentes. Sin embargo, se cree que los aeróbicos serían los más adecuados en la disminución sintomática, sobre todo en el aspecto anímico (7).
- **Dieta:** Para la prevención y disminución de la principal sintomatología como el insomnio, irritabilidad, astenia,

ganancia de peso, dolor en mamas; se recomienda el consumo restrictivo de alimentos elevados en sal, azúcar y del café (13).

- **Carbonato de calcio:** Estudios diversos descubrieron plantas, minerales y vitaminas utilizadas como medidas no farmacológicas para disminuir sintomatología del SPM. Estos describen al Carbonato de calcio en dosis de 1.200 mg/día, como apoyo para el SPM (14).
- **Vitamina B6:** Estadísticas de artículos sobre la efectividad en la utilización de la vitamina B6 para el tratamiento del TDPM, no mostraron una relevancia significativa debido a la investigación realizada. Sin embargo, se recomienda como dosis máxima 100 mg/día para la disminución del SPM (14).
- **Terapia Cognitivo Conductual (TCC):** Los estudios realizados en mujeres adultas, muestran resultados beneficiosos. Llegando a ser comparativa con la eficacia al usar fluoxetina, pero con repercusiones mucho más duraderas que con el fármaco (3).

### 3.2.9.2 Medidas Farmacológicas:

- **Anticonceptivos hormonales orales combinados (ACOS):**

Los factores exactos implicados en TDPM no son completamente conocidos hasta el momento; sin embargo, se cree que están muy relacionados con las variaciones hormonales que se presentan posterior a la ovulación. Entonces, basándonos en esto los síntomas deberían disminuir o desaparecer al suprimirse la ovulación. Este es el fundamento para el tratamiento del Trastorno Disfórico Premenstrual con Anticonceptivos Hormonales Orales Combinados. Sin embargo, la utilización de estos ACOS no

es como el ciclo ya conocido de 21/7 (21 pastillas activas/7 pastillas inactivas hormonalmente), ya que este sigue permitiendo la variación hormonal que es la causante de estos síntomas. Por el contrario, si se reduce el periodo inactivo esta sintomatología debería reducir. Para este régimen se cuenta con una pastilla que contiene drospirenona (3 mg), Etilnil estradiol (20 mcg) y se utiliza siguiendo un ciclo 24/4 ó como una segunda opción una pastilla de Etilnil estradiol y drospirenona (30 mcg) en un ciclo más largo de 42/126 (7).

La drospirenona es semejante a la espironolactona, ya que tiene cualidades tanto anti androgénicas como antimineralocorticoideas. Dichas cualidades son beneficiosas en la reducción de los síntomas del SPM, lo que conlleva a la larga a la mejoría de los diversos aspectos personales (7).

Se ha demostrado que la utilización de este ACO disminuye tanto síntomas emocionales como físicos, así mismo disminuyen el apetito (15).

Además, su uso ayuda a disminuir el embarazo adolescente no deseado, acné y diversos síntomas negativos del TDPM (14).

- **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):**

Hasta el momento es la medicación más recomendada en el tratamiento y mejoría de síntomas del Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual. Aunque no ha sido muy investigado su efectividad en adolescentes. Un estudio del 2008 muestra la mejoría de sintomatología de SPM y TDPM al utilizar ISRS, teniendo como

principales la fluoxetina, sertralina y paroxetina (ninguno de estos prioriza en efectividad sobre los otros) (14, 16, 17).

Las dosis recomendadas para su utilización son: Fluoxetina (10-20 mg/día), sin llegar a exceder los 60 mg/ día debido a la manifestación de reacciones adversas (17). Sertralina (50/150 mg/día), disminuye síntomas notablemente (13). Paroxetina (12,25 - 25 mg/día), no genera mucha repercusión adversa. (10).

El efecto de los ISRS suele manifestarse entre el día 20 y 40 en el caso de patologías que involucran el estado anímico. Sin embargo, en el Síndrome Premenstrual y el Trastorno Disfórico Premenstrual, el efecto es más rápido y se da durante la primera semana de medicación. Esto ha sido demostrado en diversas investigaciones, donde se observa que al utilizar ISRS en la fase luteínica, la manifestación en la disminución de los síntomas es mejor. El tratamiento debe iniciar con la ovulación, y debe seguir hasta pasados un par de días desde el comienzo de la menstruación. de no observarse mejoría a los 2 meses de iniciada la medicación debe optarse por un ciclo continuo. El uso de los ISRS debe ser controlado por un profesional de la salud que se cerciore del adecuado empleo de estos (14).

- **Otras opciones terapéuticas:**

Para la mejoría sintomatológica del SPM y TDPM, se ha estudiado la espirolactona (100 mg desde la segunda semana del ciclo menstrual hasta el comienzo del sangrado). En mujeres adultas se prefiere usar agonistas de la GnRH, ya que eliden las hormonas; sin embargo, esto no debe ser aplicado en mujeres adolescentes (17).

### 3.2.10 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:

Este punto no ha sido muy estudiado para obtener conclusiones certeras. Pero ha sido observado que los síntomas que se presentan en el TDPM suelen ser crónicos, sin un tratamiento bien controlado. Por eso es importante la educación al paciente, sobre el reconocimiento sintomatológico. Si estos síntomas dejan de manifestarse exclusivamente en la semana previa a la menstruación se podría considerar en el diagnóstico diferencial otras patologías anímicas, y sería necesario un mayor estudio médico para dar un tratamiento más dirigido a estas (1).

## 4 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 4.1 A nivel local:

#### 4.1.1 Autor: Elizabeth Huamani L.

**Título:** Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple. Se encuestaron 200 pacientes hospitalizadas, de las cuales 192 llenaron de manera correcta los instrumentos suministrados, estas tenían una edad comprendida entre 18 años a 47 años a más, que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. A cada paciente se le aplicó un cuestionario de datos clínicos, y la encuesta basada en los criterios DSM-IV para el diagnóstico de TDPM modificada por Vega-Dienstmaier. Se determinó la frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual y las características clínicas de la muestra y la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de  $X^2$  y  $P < 0.05$ .

**Resultados:** De las 192 pacientes hospitalizadas: la edad que predominó fue entre 18 a 27 años (70,3%), con Secundaria completa y Superior Incompleta (69,8%), católicas (74,5%), solteras (60,9%), procedentes de Arequipa (83,9%), sin antecedente familiar psiquiátrico (82,8%), con una hospitalización en el servicio (58,3%), con ciclo menstrual irregular (54,2%), que no utilizan método anticonceptivo alguno (64,1%) y de las que lo utilizan el método de barrera con preservativo (31,9%) es el más frecuente. La frecuencia del TDPM fue de 32,3%. Se estableció relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ) entre la presencia de TDPM y las siguientes características clínicas: Antecedente Familiar Psiquiátrico, Número de Hospitalizaciones, Tipo de Ciclo Menstrual, Uso de algún método anticonceptivo y dentro de estos el método del ritmo es el más frecuente.

**Conclusiones:** La presencia de TDPM es alta en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y existe relación estadística significativa entre la presencia de este trastorno y el Antecedente Familiar Psiquiátrico, Número de Hospitalizaciones, Tipo de Ciclo Menstrual, Uso de algún método anticonceptivo y dentro de estos el método del ritmo es el más frecuente (21).

#### 4.1.2 Autor: Karla Cabezudo R., Ximena Nuñez Del Prado V.

**Título:** Factores asociados a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016

**Resumen:** El presente estudio buscó determinar los factores asociados a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016.

**Materiales y métodos:** Se aplicó una ficha de datos y un cuestionario de criterios diagnósticos del DSMIV para TDPM a 470 estudiantes que cumplieron los criterios de selección. Se mostraron resultados mediante estadística descriptiva y con la prueba chi cuadrado de Pearson como medida de asociación, considerando significativa una diferencia de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se encontró que el 54.9% de las alumnas del Centro Preuniversitario se hallaban entre los 17-19 años, el 68.3% de ellas vivían con ambos padres, el 81.9% dependían económicamente de ambos padres, y el 66.6% de los padres de las alumnas eran casados; 63.2% de alumnas tenían secundaria completa, y el 79.6% de ellas procedían de colegio particular. El 85.7% de alumnas nunca habían sufrido maltrato físico, el 72.8% nunca habían sufrido maltrato psicológico, el 27.7% de las alumnas consumían cigarrillo ocasionalmente, el 48.7% consumían alcohol ocasionalmente y 96.8% nunca habían consumido drogas. El 33.0% de ellas tuvieron su menarquía a los 12 años, el 63.3% de las alumnas tenían ciclo menstrual irregular, y el 84.0% de las alumnas aún no habían iniciado su vida sexual. El 33.6% de las alumnas presentaron trastorno disfórico premenstrual. Se encontró que el TDPM se presenta con mayor frecuencia entre los 17 y 19 años y se asocia significativamente con este grupo de edad ( $p < 0.05$ ). No se encontró relación con la estructura familiar ni con la dependencia económica, ni con el estado civil de los padres ( $p > 0,05$ ). No hubo mayor influencia con los factores psicológicos como maltrato físico o psicológico, pero hubo relación con el consumo de cigarrillos y de alcohol ( $p < 0,05$ ), aunque no con el consumo de drogas. No hubo relación con la edad de menarquia, el tener enamorado, el inicio de relaciones sexuales, pero si con la presencia de ciclos menstruales irregulares. Se concluyó que la presencia de SDPM es alta y se observa en grupos de mayor edad y con el consumo de alcohol o cigarro y los ciclos menstruales irregulares (23).

#### 4.2 *A nivel nacional:*

**4.2.1 Autor:** Marcelino Riveros Q., Héctor Hernández V., Gerardo Rivas C., Ronald Castillo N.

**Título:** Relación entre trastorno disfórico premenstrual y ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarias de la UNMSM

**Fuente:** Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Revista II PSI Facultad de Psicología. ISSN impresa: 1560 - 909X ISSN electrónica: 1609 – 7475 Vol. 12, N° 1 – 2009, Lima – Perú.

**Resumen:** Para la Escala Trastorno Disfórico Premenstrual (ETDPM), elaborada por los investigadores, cuyos ítems fueron extraídos del DSM-IV, se obtuvo un Alfa de Cronbach igual a 0.877; considerándose un indicador altamente confiable. Ambas escalas fueron aplicadas a un número de 230 estudiantes universitarias de la UNMSM. Las variables consideradas en la investigación fueron: Edad cronológica, edad de menarquía, período regular, duración de período menstrual, dolores menstruales, quistes ováricos.

**Métodos:** El método utilizado en la investigación es el paquete estadístico SPSS 12.

**Resultados:** Las mujeres evaluadas presentan un predominio de dolores premenstruales a partir de los 19 –23 años. En más del 50% de la muestra la duración del periodo menstrual es de 3 a 4 días, el 33% no presenta un ciclo menstrual regular. Los datos indican que los dolores menstruales se presentan en las mujeres cuyos períodos tienen duración de 3-5 días o más (24).

#### 4.3 *A nivel internacional:*

**4.3.1 Autor:** Enrique Jadresic, Estela Palacios, Fernanda Palacios, Francisco Pooley, Jessica Preisler, Maria Paz Ordóñez, Pilar Ovalle

**Título:** Síndrome premenstrual (SPM) y Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM): estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes universitarias

**Fuente:** Revista Latinoamericana de Psiquiatría 2005; 5: 16 - 22.

**Resumen:** En Chile no hay estudios que evalúen con criterios operacionales la frecuencia de patología premenstrual, lo cual es preocupante ya que el 70,8% de las personas que se ausentan del trabajo por causa psiquiátrica son mujeres.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de Síndrome Premenstrual (SPM) y Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) en el país, describir la frecuencia de diversos síntomas y las asociaciones más relevantes.

**Método:** 305 estudiantes de la Universidad de Los Andes contestaron un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y clínicos, y la Escala para Evaluación de Síntomas Premenstruales. Para el diagnóstico de TDP se exigió cumplir 3 de los 4 criterios diagnósticos del DSM-IV (criterios A, B y C). No se requirió satisfacer el criterio "D" (la confirmación prospectiva de los síntomas). Para el diagnóstico de SPM sólo se demandó la presencia del criterio A.

**Resultados:** Se encontró una prevalencia de SPM de 19% y de TDP de 11,2%. Aunque casi todas las estudiantes evaluadas (99,2%) tenían al menos un síntoma durante el premenstruo, el 69,8% de la muestra no presentó patología premenstrual. Todos los síntomas estudiados, tanto físicos como psíquicos, fueron más frecuentes en las mujeres con TDPM que en las con SPM. Todos los síntomas, excepto la distensión abdominal, fueron más comunes en las mujeres con SPM que en aquellas sin patología premenstrual. Los síntomas más frecuentes en las mujeres con TDPM fueron tristeza y/o decaimiento (100%), distensión o dolor mamario (97,1%), distensión abdominal (97,1%), cambios bruscos del ánimo (94,1%), aumento de peso (94,1%), avidez específica por ciertos alimentos (91,2%) e irritabilidad (91,2%). En comparación a las mujeres sin patología premenstrual, aquellas con TDP tenían 2,7 veces más riesgo de fumar, 3,2 más veces antecedentes depresivos, 2,6 veces más riesgo de referir estrés y 4,1 más posibilidades de tener familiares con antecedentes de patología premenstrual (22).

**4.3.2 Autor:** Norma Pavía Ruz, Laura Civeira González, Arsenio Rosado Franco

**Título:** Síndrome Disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán

**Fuente:** Revista Ginecología y Obstetricia de México, 2009; vol. 77 N° 4:pp185- 90

**Resumen:** Antecedentes: el síndrome disfórico premenstrual afecta de 3 a 8% de las mujeres. Es un problema de salud incapacitante, con repercusiones familiares y socioeconómicas. Este síndrome aumenta el riesgo de trastorno depresivo mayor, depresión posparto y de otros cuadros del espectro serotoninérgico. En Yucatán no existen reportes específicos de la frecuencia del síndrome disfórico premenstrual.

**Objetivo:** conocer la prevalencia y los síntomas más frecuentes del síndrome disfórico premenstrual en un grupo de docentes de educación preescolar de Mérida, Yucatán.

**Material y método:** estudio descriptivo efectuado de octubre de 2006 a enero de 2007. Se obtuvo una muestra probabilística de 77 docentes. Se aplicó un cuestionario y se proporcionó una tabla con datos relacionados con el síndrome disfórico premenstrual que fue llenada diariamente durante dos ciclos menstruales. La información se analizó con estadística descriptiva con el programa EPI INFO V6.

**Resultados:** cuarenta y seis mujeres (59.7%) tuvieron ciclos menstruales regulares y 30 (39%) padecían una enfermedad previamente diagnosticada (síndrome premenstrual, endometriosis, anemia aguda, migraña, hipotiroidismo). De las 77 mujeres, 27.3% (21/77) tuvo resultado positivo para síndrome disfórico premenstrual. Los síntomas más frecuentes fueron físicos, que ameritaron la búsqueda de un profesional o la automedicación; esto no ocurrió cuando los

síntomas fueron de tipo afectivo o conductual, aunque produjeran incapacidad, incluso para las actividades cotidianas.

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes con síndrome disfórico premenstrual fue mayor que el referido en la bibliografía. Realizar un seguimiento diario de los síntomas del ciclo menstrual permite a los médicos y a las mujeres identificar el síndrome disfórico premenstrual y evitar sus consecuencias (25).

**4.3.3 Autor:** Perarnau, María Paula; Fasulo, Sara Verónica; García, Adriana Alejandra; Doña, Roberto Daniel

**Título:** Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes.

**Fuente:** Revista Fundamentos en Humanidades, Argentina, vol. VIII, núm. 16, 2007, pp. 153-163

**Resumen:** Uno de los temas de interés en la salud de la mujer, comprende la patología premenstrual, que evoluciona en su estudio debido al padecimiento que implica y la interferencia que produce en el desempeño habitual.

**Objetivo:** Conocer la severidad de los síntomas premenstruales en adolescentes universitarias y la edad promedio de la menarquia. Para ello se realizó un estudio piloto, que luego permitirá analizar la interferencia de dicha sintomatología en el desempeño académico habitual de esta población.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal exploratorio en adolescentes universitarias de 18 a 21 años ( $n= 45$ ; media:  $20 \pm 1.3$ ). Los datos se recolectaron mediante un cuestionario impreso.

**Resultados:** La edad de la menarquia fue de  $12 \pm 1$ . Los síntomas premenstruales más frecuentes, fueron: dolores menstruales 64.4%, mayor sensibilidad 51.1% y sensación de desgano 42.2%. Con relación al Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), el 22.1% de las encuestadas cumplen con los criterios del TDPM, según el DSM IV TR, y el 66.7% sufren algunos de los síntomas, por lo que presentarían Síndrome Premenstrual (SPM). Solo un 11.1% reporta no experimentar ningún síntoma premenstrual (26).

## 5 HIPÓTESIS:

Existe relación entre algunas características socioepidemiológicas con el Trastorno Disfórico premenstrual en pacientes mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.



# **CAPITULO II**

## **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- **Técnica:** Encuesta
- **Instrumentos:** Ficha de Recolección de datos física (Anexo 2) y Encuesta de Vega-Deinstmaier física (Anexo 1). Para evaluar la presencia de trastorno disfórico premenstrual se usó una encuesta que investigó la presencia de 11 síntomas premenstruales. El diagnóstico requiere que al menos 5 síntomas se encuentren presentes durante la semana previa a la menstruación. Al menos uno de los síntomas debe ser ánimo deprimido, ansiedad, labilidad emocional o irritabilidad (19).
- **Materiales:** laptop, hojas (fichas de recolección de datos), programas de Microsoft Office

## 2 Estrategia de Recolección de datos:

### 3.1 Organización:

- Una vez aprobado el proyecto por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y por el Comité Institucional de Ética, se procederá a realizar las encuestas en pacientes mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud de Independencia, Arequipa. Previamente habiendo sido recibida y aceptada la solicitud por el jefe del Establecimiento, para la autorización de la realización de la recolección de datos y encuestas. Una vez concluidas procederemos a la sistematización de dichas encuestas. Toda la información se tabulará, procesará y analizará.

### 3.2 Recursos:

#### a) Humanos:

Las tesistas:

- ✓ María Fernanda Costa Chávez
- ✓ Claudia Elizabeth Santa María Gutiérrez.

#### b) Asesor:

✓ Dr. José Eliseo Alvarado Aco

### 3.1 Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento:

La información de las encuestas será introducida en una hoja de cálculo en el programa Excel 2010 (Microsoft, EE. UU.) para posteriormente ser analizada en el programa SPSS v20.0 (IBM, EEUU). Las variables categóricas serán descritas como frecuencias absolutas y porcentuales, en tanto que las variables numéricas serán descritas como media y desviación estándar. La comparación de variables numéricas se realizará usando la prueba T de Student o U de Mann Whitney de acuerdo con la distribución de los datos. La relación entre variables categóricas será evaluada con la prueba chi cuadrado. Se estimará la razón de prevalencia como medida de efecto y se calcularán los valores de intervalos de confianza al 95%. Se considerarán significativos los valores de  $p < 0,05$ .

### 3 Campo de verificación:

#### 3.1 Ubicación espacial:

Esta investigación se realizará en el Centro de Salud Independencia, Alto Selva Alegre, Arequipa - Perú.

#### 3.2 Ubicación temporal:

Esta investigación se realizará en pacientes atendidas del Centro de Salud Independencia, Arequipa - Perú, durante el primer trimestre del año 2023.

#### 3.3 Unidades de estudio:

##### 2.3.1 Población:

Pacientes mujeres entre 18 a 40 años del Centro de Salud Independencia – Arequipa, Perú.

### 2.3.2 Muestra:

Se tomará una muestra de 200 mujeres entre 18 a 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia – Arequipa, Perú.

### 2.3.3 Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud de Independencia, Arequipa.
- Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado

### 2.3.4 Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Hipertiroidismo o hipotiroidismo, embarazadas o puérperas, con trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad.
- Pacientes con medicación Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina.
- Pacientes consumidoras de drogas
- Pacientes analfabetas
- Fichas de encuestas y recolección de datos mal llenadas.

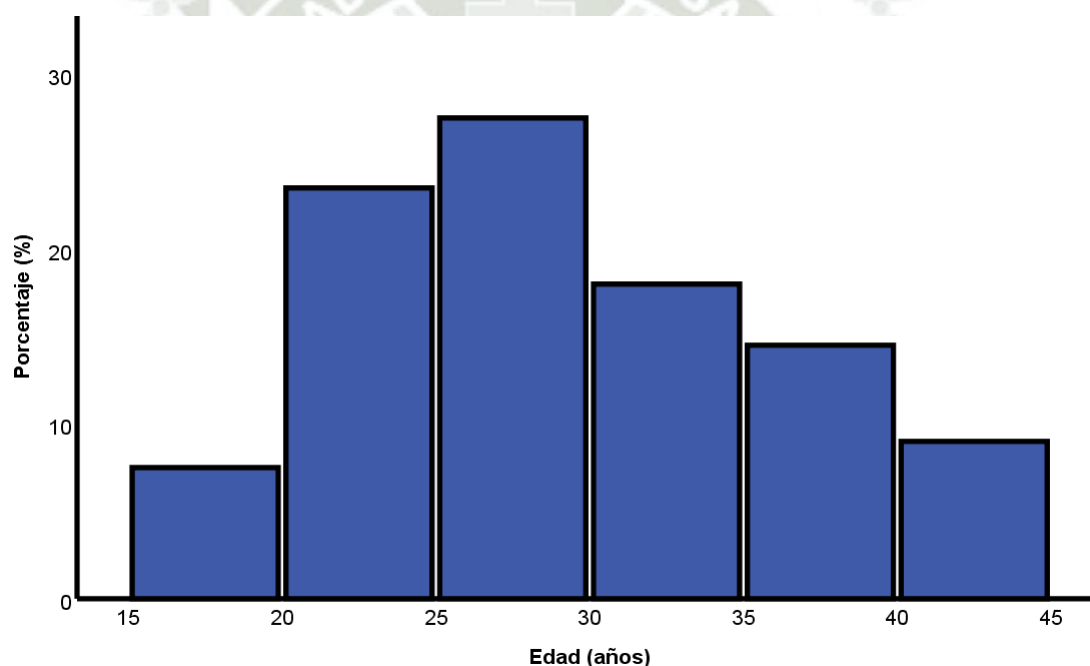


# **CAPITULO III: RESULTADOS**

## 1 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS:

### FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ

Este estudio involucro 230 pacientes, de los cuales se excluyeron 30 pacientes por presentar criterios de exclusión para esta investigación. Se trabajó con un total de 200 mujeres, de las cuales 7% fueron menores de 20 años, 23% tuvieron de 20 a 24 años, 28% tuvo entre 25 y 29 años, el 18% tuvo de 30 a 34 años, un 14% de 35 a 39 años, y 10% tenían 40 años. La edad promedio de los participantes fue de  $28.6 \pm 6.7$  años.



**Figura 1. Distribución de las mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú según edad**

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

En la **Tabla 1** se muestra las características socioepidemiológicas de las mujeres evaluadas. El 6.5% tenían educación primaria, 39% educación secundaria, el 26.5% educación superior técnica, y 28% educación superior universitaria. El estado civil fue soltera en 50.5%, el 10.5% eran casadas, y 39% convivientes. Un 65.5% refiere tener una pareja estable y 49.5% procedía de fuera de Arequipa.

**Tabla 1. Características socio-epidemiológicas de las mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa**

Variable		N°	%
Grado de instrucción	Primaria	13	6.5
	Secundaria	78	39.0
	Superior técnica	53	26.5
	Superior profesional	56	28.0
Estado civil	Soltera	101	50.5
	Casada	21	10.5
	Conviviente	78	39.0
Pareja estable	No	69	34.5
	Sí	131	65.5
Migró a Arequipa	No	101	50.5
	Sí	99	49.5
Total		200	100.0

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

Las características del consumo de sustancias nocivas se muestran en la **Tabla 2**; el 19.5% consume café, 8.5% consume cigarrillos. El 15.5% toma 4 vasos de alcohol al mes y 11.0% más de 4 vasos de alcohol.

**Tabla 2. Consumo de café y sustancias nocivas en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Consumo de:		N°	%
Café	No	161	80.5
	Sí	39	19.5
Tabaco	No	183	91.5
	4 cigarros al mes	11	5.5
	Más de 4 cig / mes	6	3.0
Alcohol	No consumo de alcohol	147	73.5
	4 vasos al mes	31	15.5
	Más de 4 vasos / mes	22	11.0
Total		200	100.0

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

La **Tabla 3** muestra las características clínicas y algunos antecedentes de las mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia. El peso promedio fue de  $61.3 \pm 11.0$  kg. El 45% refiere realizar actividad física, 7% refirió tener alguna enfermedad crónica.

**Tabla 3. Características clínicas y antecedentes de las mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Variable	N	%
Peso (X±DE)	$61.3 \pm 11.0$	
Actividad física		
No	110	55.0
Si	90	45.0
Enfermedad crónica		
No	186	93.0
Si	14	7.0
Total	200	100.0

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

En la **Tabla 4** se muestra las características ginecológicas de las mujeres evaluadas en el Centro de Salud Independencia; la edad de la menarquia fue de  $12.7 \pm 1.6$  años. El régimen catamenial fue regular en 39.5% e irregular en 60.5%. El 72% de mujeres presenta dismenorrea. La edad de inicio de relaciones sexuales en promedio fue de  $18.6 \pm 2.7$  años. El 31% de mujeres son usuarias de métodos anticonceptivos, 10% fueron pastillas, 15.5% inyectables y 5.5% dispositivos intrauterinos; la proporción de mujeres que no usa métodos anticonceptivos fue de 69%.

**Tabla 4. Características ginecológicas y antecedentes de las mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

<b>Variable</b>			
Edad de menarquia (X±DE)		12.7 ± 1.6	
Régimen catamenial (%)	Regular	79	39.5
	Irregular	121	60.5
Dismenorrea (%)	No	56	28.0
	Si	144	72.0
Inicio de relaciones sexuales (X±DE)		18.6 ± 2.7	
Anticonceptivo (%)	Ninguno	138	69.0
	Pastillas	20	10.0
	Inyectable	31	15.5
	DIU	11	5.5
Total		200	100.0

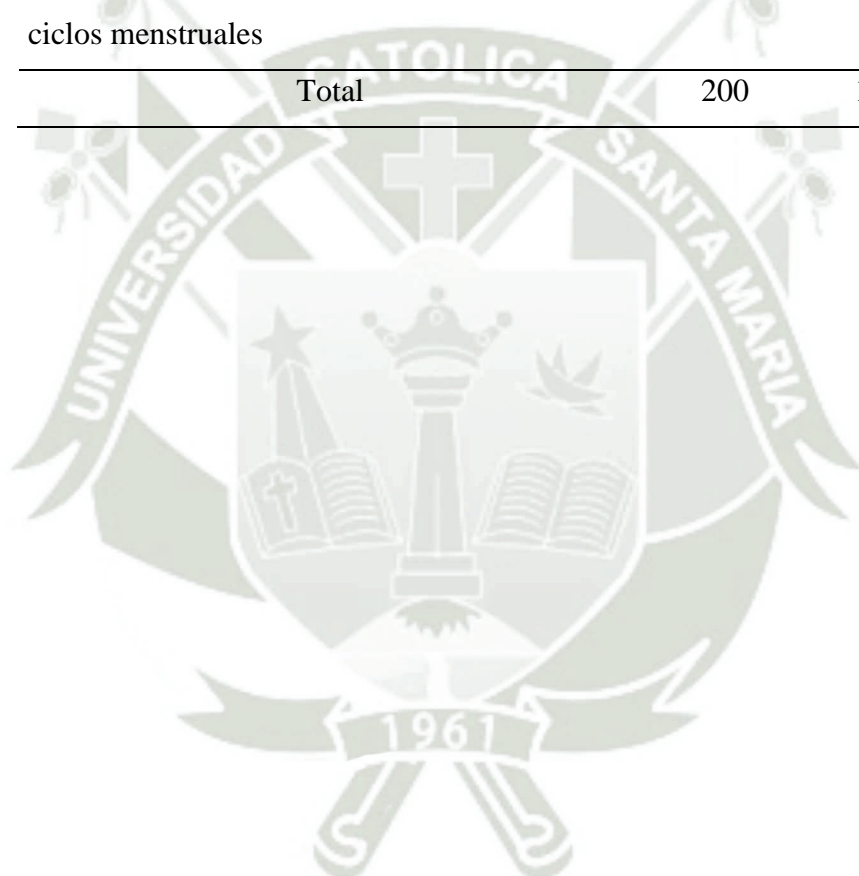
**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

En la **Tabla 5** se muestran los síntomas que constituyen el trastorno disfórico menstrual. El 78.0% refiere distensión abdominal, 71.5% sensación de cansancio; el 67.5% tiene ánimo decaído, el 65.5% refiere cambios bruscos del estado de ánimo, y 59.5% nerviosismo. Se presenta irritabilidad o mialgias / artralgias en 56.5% de casos. El 55.0% presenta pérdida del interés en actividades habituales. El 51.5% presenta cefalea. Un 48.0% presenta desesperación por algún alimento o edema o dolor de mamas. El 46.5% refiere sensación de falta de control, 46.0% desesperación por comer carbohidratos. Un 42.5% presenta aumento de apetito, 39.0% problemas de atención y 36.5% ganancia de peso. El 34.0% muestra dificultad para permanecer dormida o 32.5% tiene sueño excesivo y 32.0% dificultad para dormir. El 31.0% tiene disminución apetito. En 50.0% de casos los síntomas interfieren con el trabajo, y en 73.0% los síntomas están presentes en todos los ciclos menstruales.

**Tabla 5. Síntomas de Trastorno disfórico menstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Variable	N°	%
Distensión abdominal	156	78.0
Cansancio	143	71.5
Ánimo decaído	135	67.5
Cambio brusco del estado de ánimo	131	65.5
Nerviosismo	119	59.5
Irritabilidad	113	56.5
Mialgias o artralgias	113	56.5
Pérdida del interés en actividades	110	55.0
Cefalea	103	51.5
Desesperación por algún alimento	96	48.0
Edema o dolor de mamas	96	48.0
Sensación de falta de control	93	46.5
Desesperación por comer carbohidratos	92	46.0

Aumento de apetito	85	42.5
Problemas de atención	78	39.0
Ganancia de peso	73	36.5
Dificultad para permanecer dormida	68	34.0
Sueño excesivo	65	32.5
Dificultad para dormir	64	32.0
Disminución apetito	62	31.0
Los síntomas interfieren con el trabajo	100	50.0
Los síntomas están presentes en todos los ciclos menstruales	146	73.0
Total	200	100.0



**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

La Tabla 6 muestra la Prevalencia del Trastorno disfórico premenstrual, donde el 42% presenta el TDPM, frente al 58% de mujeres que no lo presentan.

**Tabla 6. Prevalencia del Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

<b>Trastorno disfórico premenstrual</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	116	58.0
Sí	84	42.0
Total	200	100.0

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

**Tabla 7. Factores socioepidemiológicos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Variable		Total	Trastorno Disfórico				P
			No		Sí		
			N°	%	N°	%	
Grado de instrucción	Primaria	13	5	38.46	8	61.54	<b>0.01</b>
	Secundaria	78	54	69.23	24	30.77	
	Sup. técnica	53	23	43.40	30	56.60	
	Sup. profesional	56	34	60.71	22	39.29	
Estado civil	Soltera	101	51	50.50	50	49.50	<b>0.02</b>
	Casada	21	10	47.62	11	52.38	
	Conviviente	78	55	70.51	23	29.49	
Pareja estable	No	69	36	52.17	33	47.83	0.23
	Si	131	80	61.07	51	38.93	
Migró a Arequipa	No	101	60	59.41	41	40.59	0.68
	Sí	99	56	56.57	43	43.43	
Total			200	58.00	84	42.00	

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

**Tabla 8. Factores alimentarios relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Variable		Total	Trastorno Disfórico				P
			No		Sí		
			N°	%	N°	%	
Consumo de café	No	161	96	59.63	65	40.37	0.34
	Sí	39	20	51.28	19	48.72	
Tabaco	No	183	109	59.56	74	40.44	0.30
	4 cig/mes	11	5	45.45	6	54.55	
	> 4 cig/mes	6	2	33.33	4	66.67	
Alcohol	No consumo de alcohol	147	94	63.95	53	36.05	<b>0.00</b>
	4 vasos/mes	31	17	54.84	14	45.16	
	> 4 vasos/mes	22	5	22.73	17	77.27	
Total			200	58.00	84	42.00	

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

**Tabla 9. Factores clínicos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Variable		Total	Trastorno Disfórico				P
			No		Sí		
			N°	%	N°	%	
Actividad física	No	110	69	62.73	41	37.27	0.13
	Sí	90	47	52.22	43	47.78	
Enfermedad crónica	No	186	108	58.06	78	41.94	0.94
	Sí	14	8	57.14	6	42.86	
Total			200	58.00	84	42.00	

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

**Tabla 10. Factores ginecológicos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Variable		Total	Trastorno Disfórico				P
			No		Sí		
			N°	%	N°	%	
Régimen catamenial	Regular	79	43	54.43	36	45.57	0.41
	irregular	121	73	60.33	48	39.67	
Dismenorrea	No	56	39	69.64	17	30.36	<b>0.04</b>
	Si	144	77	53.47	67	46.53	
Anticonceptivo hormonal	No	138	80	57.97	58	42.03	0.77
	Pastilla	20	13	65.00	7	35.00	
	Inyectable	31	18	58.06	13	41.94	
	DIU	11	5	45.45	6	54.55	
Total			200	58.00	84	42.00	

**FACTORES RELACIONADOS AL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA - AREQUIPA, PERÚ**

**Tabla 11. Factores continuos relacionados al Trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú**

Variable	T. disfórico				
	premenstrual	N°	Media	D. Est	P
Inicio de RS	No	106	18.2	2.4	<b>0.03</b>
	Sí	79	19.1	3.0	
Menarquia	No	116	12.8	1.6	0.54
	Sí	84	12.6	1.6	
Edad	No	116	27.8	6.2	<b>0.04</b>
	Sí	84	29.8	7.2	
Peso	No	116	61.9	12.1	0.36
	Sí	84	60.5	9.3	

## 2 DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:

El trastorno disfórico premenstrual es una afección psicósomática que afecta a mujeres de edad reproductiva, con una prevalencia global de aproximadamente 3 - 7% (1,3). Sin embargo, estudios epidemiológicos reportan diferentes incidencias y prevalencias asociadas a esta condición en diferentes partes del mundo. Asimismo, esta afección ha sido poco estudiada en nuestro territorio, por lo que es necesario determinar la prevalencia de esta condición en nuestra región. Es también importante tener en cuenta que diversos factores ambientales, genéticos, nutricionales, y otros factores propios de nuestra región podrían estar asociados a la aparición de esta condición, por lo que no es aceptable asumir que la prevalencia del TDPM en Arequipa es la misma que la reportada en otros estudios en otros territorios.

Huamani, así como Cabezudo y colaboradores realizaron estudios similares en la ciudad de Arequipa durante el año 2016. Aunque el estudio de Huamani fue llevado a cabo en con un grupo de individuos con edades similares a las de nuestro estudio, este fue llevado a cabo en un Hospital ubicado en el centro de la ciudad, que probablemente no contempla la total diversidad de mujeres de edad reproductiva presentes en la ciudad de Arequipa. Por otro lado, el estudio de Cabezudo y colaboradoras fue llevado a cabo en un centro preuniversitario y no en un servicio de salud. Además, este abarco en su mayoría adolescentes y no el rango completo de mujeres en edad reproductiva.

Con respecto a nuestro grupo de estudio, nuestras pacientes son similares a las estudiadas por Huamaní (21), que contó con una muestra de 192 pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Honorio Delgado en el 2016. En dicho estudio, la edad predominante fue entre 18 a 27 años (70,3%), mientras en nuestro estudio el 76% estuvo entre los 18 y 29 años. Aunque en su grupo predominó la educación secundaria (69,8%), en nuestras pacientes predominó la educación superior (54.5%). Igualmente, Huamani observó que la mayoría de sus participantes fueron solteras (60,9%), mientras que en el presente estudio se reportó un 50.5%. Con relación a la procedencia de nuestras participantes, casi la mitad migraron a la ciudad de Arequipa (49.5%); sin embargo, en el estudio de Huamani se observó solo un 16,1% no eran procedentes de Arequipa. Con excepción de la procedencia, cabe recalcar que,

en contraste con el estudio de Huamani, se observaron similares características en la población femenina de la ciudad de Arequipa, que acuden a los establecimientos públicos de salud. Esta diferencia probablemente se deba a que el Centro de Salud Independencia atiende uno de los principales conos de desarrollo de la ciudad, donde predomina la población migrante.

De acuerdo con las similitudes en las características ginecológicas de las mujeres evaluadas en el Centro de Salud Independencia; El régimen catamenial fue regular en 39.5% e irregular en 60.5%, similar al 54.2% de mujeres con ciclo irregular en el estudio de Huamaní (21). Asimismo, la proporción de mujeres que no usa métodos anticonceptivos (42.03%) fue similar al 64.1% de casos en el estudio de Huamaní (21).

Respecto a los síntomas relacionados con el TDPM observados en las participantes, muchos de los síntomas del TDPM son de tipo afectivo o conductual, y parecen deberse a las fluctuaciones de los niveles hormonales, que tienen repercusión a nivel global en la mujer y no solo sobre el sistema reproductor (1).

Los síntomas del TDPM y su severidad pueden verse afectados por diversos factores y pueden ser de presentación muy diversa en la variedad de estudios disponibles en la literatura. Por ejemplo, en el estudio de Jadresic y colaboradores (22) que involucro mujeres universitarias chilenas, los síntomas predominantes fueron decaimiento o tristeza en 100% de la muestra estudiada, y dolor mamario y abdominal (97%), así como cambios bruscos en el estado de ánimo (94%), alteraciones en el apetito y el peso (91%). En su mayor parte, los síntomas del TDPM suelen ser físicos, y pueden aliviarse con medicación, pero son los síntomas afectivos y conductuales los que producen mayor incapacidad, incluso para actividades cotidianas (2). Estos síntomas suelen ser más severos e incluso incapacitantes en adolescentes debido a la falta de madurez de los ejes hipotálamo-hipofisario-gonadal (4). Otras patologías depresivas, a pesar de contar con síntomas similares al TDPM, son diferentes ya que afectan el eje límbico- hipotalámico-hipofiso-adrenal, lo que no se ha reportado en pacientes con TDPM (4).

Nuestros hallazgos demuestran que la prevalencia de trastorno disfórico premenstrual (TDPM) en nuestra población de estudio fue de un 42% de acuerdo con los síntomas presentados (**Tabla 6**). Este hallazgo resulta algo más elevado que el reportado por Huamaní en el Hospital Honorio Delgado (21) de 32,3%, a pesar de que en ambos estudios se empleó el mismo instrumento para detectar la presencia de TDPM, la Encuesta de Deinstmaier modificada por Vega (19). Con respecto a la prevalencia de TDPM de 33.6% observada por Cabezudo y colaboradores (23), esta difiere a nuestra observación posiblemente porque la población de estudio involucro exclusivamente adolescentes

A nivel internacional, estudios como los de Jadresic y colaboradores (22), Pavía y colaboradores (25) y Perarnau y colaboradores (26) reportaron prevalencias de TDPM 11.2%, 27.3% y 22.1% respectivamente, en mujeres universitarias y adolescentes.

Como se aprecia, la heterogeneidad de los grupos de estudio en cuanto a la edad, y posiblemente los criterios diagnósticos, pueden influir en las variadas tasas de prevalencia, que en teoría y abarcando todos los periodos de vida de la mujer, desde la adolescencia hasta la premenopausia, varían entre 3 a 7% (1, 3). Por otro lado, hay que considerar que no todos los ciclos menstruales son iguales en las mismas mujeres, de modo que establecer el periodo de seguimiento de los síntomas.

Socioepidemiológicamente observamos que el nivel de instrucción y el estado civil estuvo significativamente asociado al TDPM, siendo el TDPM más frecuente en las participantes con educación primaria (61.54%) y con educación técnica (56.60%) ( $p < 0.05$ ). Igualmente, el TDPM fue más frecuente en casadas (52.38%) que en solteras (49.50%) y convivientes (29.49%), siendo las diferencias significativas ( $p < 0.05$ ). En nuestras participantes también observamos que no hubo diferencias significativas en la prevalencia de TDPM en mujeres con o sin pareja estable, migrantes u originarias de Arequipa. Aunque esta observación indicaría que aquellas mujeres con menor instrucción educativa tienen mayor probabilidad de sufrir de TDPM, es posible que la percepción de los síntomas en estas participantes sea diferente a las participantes con mayor instrucción educativa, por lo que se sugiere que en

futuros estudios se modifique la encuesta, y se expliquen claramente los síntomas con un lenguaje más simple.

Al igual que en nuestra investigación, estudios pasados han estudiado la asociación de factores alimentarios con el TDPM. En nuestras participantes no observamos asociación estadísticamente significativa entre el TDPM y el consumo de café (**Tabla 8**,  $p > 0.05$ ). Con respecto al consumo de tabaco, se observó una tendencia en la se observaron más casos de TDPM en mujeres con mayor consumo de tabaco, (40.44% entre las que no consumen, 54.55% en las que consumen hasta 4 cigarrillos al mes, y en 66.67% entre las que consumen más de 4 cigarrillos mensuales). Sin embargo, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ). Por el contrario, sí se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el TDPM y el consumo de alcohol ( $p < 0.05$ ), siendo 36.05% la prevalencia de TDPM en individuos que no consumen bebidas alcohólicas, 45.16% en aquellas que consumen aproximadamente 4 vasos por mes, y llegó a 77.27% en mujeres que consumen más de 4 vasos de alcohol al mes.

Aunque se observó diferencias significativas en la prevalencia de TDPM con respecto al consumo de alcohol, su asociación con otros factores relacionados al abuso de otras sustancias como el tabaco resultó no ser estadísticamente significativo e inconsistente con estudios como los de Jadresic (22) y Fernández (27). Esta observación podría deberse a la poca frecuencia de consumo de tabaco observada en nuestro medio e indicaría que nuestro estudio no cuenta con el suficiente poder estadístico para determinar la asociación del TDPM con otros factores como el tabaco, por lo que se recomendaría realizar un estudio que involucre un mayor número de participantes.

En cuanto a la asociación del TDPM y el consumo de alcohol, observada en este y otros estudios, es importante señalar que aproximadamente un 2.5% de síntomas de TDPM está estrechamente relacionado al consumo de alcohol (6), por lo que es recomendable la ingesta de una dieta balanceada y la restricción de azúcar, sal, condimentos y café (13).

Entre los factores clínicos relacionados al TDPM, se encontró una proporción similar entre mujeres con y sin actividad física y presencia de enfermedad crónica (**Tabla 9**,  $p > 0.05$ ).

La obesidad, a pesar de no haber sido incluida en este estudio, es un factor de riesgo reconocido en el TDPM (28) por lo que en el futuro se recomienda incluir preguntas y/o evaluaciones medicas que permitan determinar obesidad en las participantes que se sometan a estudios similares sobre el TDPM.

En consideración con los factores ginecológicos relacionados al desarrollo de TDPM en las mujeres evaluadas, este trastorno no muestra diferencias según el régimen catamenial o el uso de anticonceptivos (**Tabla 10**,  $p > 0.05$ ). Sin embargo, previas investigaciones en nuestra región han reportado resultados inconsistentes con los nuestros. Por ejemplo, Huamaní en su estudio en el Hospital Honorio Delgado (21) encontró relación con el tipo de ciclo menstrual irregular y con el uso de método anticonceptivo natural. Asimismo, Cabezudo y Núñez (23) también encontraron relación con el ciclo menstrual irregular y el TDPM. Estas contradicciones podrían deberse al tamaño de nuestra muestra, diferencias en tipo de muestra y diseño experimental. Por ejemplo, mientras que Huamani reportó una asociación con el método anticonceptivo natural, nosotras no encontramos asociación con el uso de anticonceptivos en general, no estratificado.

En contraste con el régimen catamenial y el uso de anticonceptivos, se observó mayor frecuencia de TDPM en mujeres con dismenorrea (46.53%) que en mujeres sin dismenorrea (30.36%;  $p < 0.05$ ). Esta observación es consistente con las publicaciones de Chung (30) y Kitamura y colaboradores (31), que reportan una relación entre el TDPM y la dismenorrea en mujeres coreanas de edad reproductiva y estudiantes de secundaria japonesas, respectivamente.

En consideración con las variables cuantitativas incluidas en este estudio; se observó que el TDPM era más frecuente en mujeres de mayor edad ( $29.8 \pm 7.2$  años con TDPM,  $27.8 \pm 6.2$  años sin TDPM ( $p < 0.05$ ). Igualmente, se encontró una mayor frecuencia de TDPM en mujeres con una edad de inicio de relaciones sexuales mayor ( $19.1 \pm 3.0$  años) frente a mujeres que tuvieron un inicio de relaciones sexuales a una

menor edad ( $18.2 \pm 2.4$  años;  $p < 0.05$ ). Con relación a la edad de la menarquia y el peso de las mujeres, no se observaron asociaciones con el TDPM ( $p > 0.05$ ). Cabe mencionar que el peso corporal no es necesariamente un indicador de sobrepeso u obesidad, por lo que determinar asociaciones del TDPM con sobrepeso u obesidad requeriría incorporar otras preguntas a la encuesta o determinar el peso, estatura, y porcentaje de grasa corporal en las participantes.

Como hemos visto a través de la presente investigación, la prevalencia de TDPM en nuestro grupo de estudio parece ser elevada en comparación a ciertos estudios locales, nacionales, e internacionales. Sin embargo, es importante tomar en cuenta las características de los participantes en cada estudio y la potencial diferencia en la percepción de los síntomas involucrados en el TDPM. Asimismo, debido a que existen varias condiciones con síntomas que podrían confundirse con el TDPM como la endometriosis, anemia, hipoglicemia, hipovolemia, deshidratación, el síndrome de ovario poliquístico, entre otros, es necesario llevar a cabo estudios más extensivos y rigurosos en nuestra localidad. En nuestra experiencia, somos conscientes que hubiera sido ideal diseñar e implementar un estudio que involucre diagnósticos diferenciales y la participación de personal médico. Sin embargo, las limitaciones de tiempo y recursos propios de nuestra carrera y de nuestra situación como estudiantes, no nos permitió llevar a cabo un estudio más extensivo a pesar de nuestro deseo. Igualmente cabe señalar que, aunque muchos de los factores estudiados parecen no coincidir con los hallazgos de otros, hemos reportado algunos factores comunes asociados al TDPM como la presencia de un ciclo irregular y el consumo de bebidas alcohólicas.

Cabe recalcar que las causas de este trastorno no son completamente conocidas, aunque se ha observado que el estrés exacerba los síntomas (3), de modo que el estrés es un factor que no debe ignorarse entre los diversos lugares de estudio, a pesar de que es una variable de difícil medición en forma estandarizada en todos los medios.

Es importante mencionar además que muchos de los estudios mencionados son relativamente antiguos, de modo que los criterios diagnósticos de TDPM contemplados en el DSM-IV TR podrían variar en relación con el DSM-5. Por ejemplo, el paso del apéndice B al cuerpo principal del DSM-5 del Trastorno disfórico premenstrual ha generado controversia, por el posible manejo farmacológico que

implica un diagnóstico nuevo, explicado probablemente por cambios hormonales fisiológicamente normales (8).

Consideramos entonces que este trastorno, de aparición frecuente en la población femenina en edad reproductiva, merece ampliar los estudios a diferentes grupos de mujeres y hacer un seguimiento en distintos ciclos menstruales durante la vida reproductiva, como en la adolescencia, la etapa posparto, o la etapa peri menopáusica. Asimismo, creemos que a pesar de que un importante porcentaje de las mujeres experimenta el TDPM, muchas no lo conocen y es posible que conlleve a frustraciones, problemas mentales, o consecuencias más graves. Por lo que debemos diagnosticar, educar, e informar a las mujeres que sufren de esta condición, para que reciban un adecuado soporte médico y psicológico, y así mejoren su calidad de vida.

Finalmente, esta investigación al igual que sus antecedentes y los escasos estudios sobre enfermedades y síndromes que afectan a la mujer en nuestra región demuestran una falta de interés en la salud de la mujer, por parte de la comunidad médica. Esto claramente coincide con la actual tendencia de nuestra sociedad, que menoscaba los problemas que afectan exclusivamente a mujeres. Por lo tanto, es importante promover el interés en investigar problemas de salud que afectan a la mujer como el TDPM en nuestra región, para así tomar decisiones informadas y llevar a cabo intervenciones respaldadas científicamente.

### 3 CONCLUSIONES:

1. Las mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú fueron en su mayor parte solteras, con educación superior, pareja estable, baja frecuencia de consumo de cigarrillos o café, pero una quinta parte consume alcohol, baja frecuencia de enfermedades crónicas, y la mayoría tiene régimen catamenial irregular y dismenorrea.
2. Se encontró una prevalencia de 42% de trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años atendidas en el Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú. Sin embargo, futuros estudios más extensivos que involucren intervenciones médicas y diagnósticas son necesarios para corroborar estas observaciones y determinar la implicancia de otras afecciones que conllevan síntomas similares.
3. Los factores relacionados con el trastorno disfórico premenstrual en mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú fueron la mayor edad, una menor educación, el estado civil casada, el consumo de alcohol, y los ciclos con dismenorrea.

#### 4 RECOMENDACIONES:

- Primera.** - Se recomienda al médico jefe del Centro de Salud Independencia, tener en cuenta nuestro trabajo de investigación para poder realizar tamizajes con ayuda del servicio de psicología a pacientes con sospecha clínica de Trastorno Disfórico Premenstrual, utilizando la encuesta de esta investigación para un adecuado descarte e inicio de tratamiento en forma oportuna de requerirse.
- Segunda.** - Se sugiere al personal de psicología del Centro de Salud Independencia implementar nuevas estrategias de prevención como promoción de la salud mental, conocimiento acerca del Trastorno Disfórico Premenstrual y reconocimiento de los síntomas. Para que en un trabajo conjunto médico – paciente se realice un diagnóstico precoz.
- Tercera.**- Se recomienda además al personal del servicio de psicología y medicina del Centro de Salud Independencia, promover la capacitación de todo el personal de salud del Centro sobre la importancia de la identificación temprana de los trastornos mentales, ya que se ha demostrado que al no tener un adecuado control pueden llegar a ser discapacitante. Y al mejorar la efectividad en la detección de estos se puede actuar de forma precoz evitando complicaciones.
- Cuarta.** - Se incita a todos los estudiantes de medicina y futuros investigadores promover el estudio de este Trastorno, ya que es un territorio aún desconocido en el Perú y no se cuenta con una estadística clara de su prevalencia.

## REFERENCIAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Walters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.81 p.857-63
2. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.Cap.30 p.384-394
3. Alarcón, R. Psiquiatría. 2ed. Washington, D.C: OPS/Manual Moderno, 2005. Cap.21 p.611-616
4. López-Mato A, Illa G, Boullosa O, Márquez C, Vieitez A. Trastorno disfórico premenstrual. Instituto de Psiquiatría Biológica Integral (IPBI); Buenos Aires, Argentina 2000; 52(2): 24-32
5. Correa, E. Jadresic, E. Trastorno Disfórico Premenstrual. Psicopatología de la Mujer. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile; 2000
6. Steiner M, Born L. Psychiatric Aspects of Menstrual Cycle. In: Women´s Mental Health. A Comprehensivetextbook. 1º Ed. New York. The Guilford Press, 2002, p. 48-69.
7. Borenstein J, Yu HT, Wade S. Effect of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and drospirenone on premenstrual symptomatology and health-related quality of life. Journal of Reproductive Medicine 2003; 48(2):79-85.
8. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
9. Campagne D, Campagne G. Nuevos parámetros clínicos del síndrome premenstrual. Elsevier 2006; 49: 493-511

10. Perarnau, M.; Fasulo, S.; García, A.; Doña, R. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. *Fundamentos en Humanidades*, vol. VIII, núm. 16, 2007:153-163
11. Kleigman R., Behrman R., Jenson HB., Stanton B., Nelson tratado de pediatría 18 ed. Elseiver-España; 2009. Cap.115 p.836-839
12. Berek JS, *Ginecología de Novak* 14 ed. Wolters Kluver (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers, 2011. Cap. 26 p.1034-1042.
13. Eriksson E. Why are serotonin reuptake inhibitors effective for the treatment of premenstrual dysphoric disorder. London, United Kingdom, 12th ECNP Congress,1999.
14. Griffin LD, Mellon SH. SSRIs modulate neurosteroidenzyme activity. *Proc Nat Acad Sci* 1999; 96:135, 12-7
15. Sulak P. *Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder: Treatment With Oral Contraceptives*.Medscape Ob/Gyn & Women's Health. 2007.
16. Cancelo MJ. *Síndrome Premenstrual: Un problema para la mujer actual*. Editores médicos, S.A. y Gineladius.2003.
17. Johnson SR. Clinician's approach to the diagnosis and management of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35(3):637-657.
18. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiología Medica* 11ed. McGrawn-Hill editores; 2006; 81: 1117-1133.
19. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Salinas-Pielago J. Prevalencia de trastorno disfórico premenstrual y síntomas premenstruales. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* 1998; 61:82-87
20. Hoffman B, Schorge J, Karen B, Halvorson L, Schaffer J. *Williams Ginecología*. London, OH, Estados Unidos de América: McGraw Hill Higher Education; 2017.

21. Huamaní Lopez EM. Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016 [Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2016.
22. Jadresic, Enrique; Palacios, E; et al. Síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDP): estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes universitarias. Rev. Latinoamericana Psiquiatría, 2005, p. 16-22.
23. Cabezudo Rodríguez KT, Núñez Del Prado Valencia XR. Factores asociados a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María. UCSM; 2016.
24. Riveros Q. M, Hernández V. H, Rivas C. G, Castillo N. R. Relación entre trastorno disfórico premenstrual y ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarias de la UNMSM. Rev Investig Psicol [Internet]. 2014;12(1):131. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v12i1.3787>
25. Pavía RN, Civeira GL, Rosado FA. Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. Ginecol Obstet Mex. 2009;77(04):183-188.
26. Perarnau, MP; Fasulo, S; et al. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. Fundamentos en humanidades, 2007, vol. 8, no 16, p. 153-163.
27. Fernández, M. D. M.; Montes-Martínez, A.; et al. Tobacco consumption and premenstrual syndrome: A case-control study. 2019, PloS one.
28. Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E.; et al. Adiposity and the development of premenstrual syndrome. 2010; Journal of women's health, 19(11), 1955-1962.
29. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. Premenstrual Dysphoric Disorder. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 30335340.

30. Chung, Soo-Ho, et al. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in perimenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, 2014, vol. 20, no 2, p. 69-74.
31. Kitamura, Mari; et al. Relationship between premenstrual symptoms and dysmenorrhea in Japanese high school students. *Archives of women's mental health*, 2012, vol. 15, p. 131-133.



## ANEXOS

### ANEXO 1 EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS PREMENSTRUALES

Por favor, recuerde lo que le suele pasar la semana previa a la menstruación:

Para marcar "S", el síntoma debe estar presente durante los 7 días previos a la menstruación y ausente al menos por 7 días luego de la menstruación.

- |  |                   |      |
|--|-------------------|------|
| 1. ¿Se siente triste, con el ánimo decaído o disgustada con usted misma?   | 0. NO             | 1.SI |
| 2. ¿Se siente nerviosa intranquila o tensa?  | 0. NO             | 1.SI |
| 3. ¿Su ánimo cambia bruscamente pudiendo repentinamente sentirse triste o llorar, o afectarle en forma exagerada la manera cómo los demás la tratan? | 0. NO             | 1.SI |
| 4. ¿Se siente irritable, se molesta o pelea fácilmente con los demás?  | 0. NO             | 1.SI |
| 5. ¿Pierde el interés por sus actividades de todos los días?   | 0. NO             | 1.SI |
| 6. ¿Tiene problemas para concentrarse?   | 0. NO             | 1.SI |
| 7. ¿Se cansa con facilidad, siente que le faltan energías?   | 0. NO             | 1.SI |
| 8. Siente que:   |                   |      |
| a) ¿Su apetito disminuye?  | 0. NO             | 1.SI |
| b) ¿Come en exceso?  | 0. NO             | 1.SI |
| c) ¿Tiene desesperación por comer cierto tipo de alimentos?  | 0. NO             | 1.SI |
| d) ¿Desesperación por comer carbohidratos (dulces, galletas, chocolates)?  | 0. NO             | 1.SI |
| 9. Siente que:   |                   |      |
| a) ¿Tiene dificultad para quedarse dormida?  | 0. NO             | 1.SI |
| b) ¿Tiene dificultad para permanecer dormida, se despierta varias veces?   | 0. NO             | 1.SI |
| c) ¿Duerme demasiado (>10 horas/día)?  | 0. NO             | 1.SI |
| 10. ¿Se siente abrumada por las cosas o fuera de control?  | 0. NO             | 1.SI |
| 11. Otros síntomas físicos:  |                   |      |
| a) ¿Hinchazón o dolor en las mamas?  | 0. NO             | 1.SI |
| b) ¿Dolor de cabeza?   | 0. NO             | 1.SI |
| c) ¿Dolor en los músculos o las articulaciones?  | 0. NO             | 1.SI |
| d) ¿Se le infla el abdomen?  | 0. NO             | 1.SI |
| e) ¿Ganancia de peso (la ropa, zapatos o anillos le quedan más ajustados)?   | 0. NO             | 1.SI |
| 12. ¿Interfieren estos síntomas con sus actividades diarias de manera importante?  | 0. NO             | 1.SI |
| 13. ¿Los síntomas han aparecido en la mayoría de ciclos menstruales?   | 0. NO             | 1.SI |
| 14. ¿Desde cuándo presenta estas molestias?  | ...../...../..... |      |
| 15. ¿Hasta cuándo las ha presentado?   | ...../...../..... |      |

## ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer los factores relacionados al trastorno disfórico premenstrual en pacientes mujeres entre 18 y 40 años del Centro de Salud Independencia - Arequipa, Perú.

### **Participación voluntaria**

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria y anónima.

### **Procedimientos**

1. Se le realizará una encuesta relacionada con los criterios establecidos en el DSM-V para el Trastorno Disfórico Premenstrual.
2. La información obtenida será procesada para conocer los factores relacionados al trastorno disfórico premenstrual.

### **Costos**

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas será asumido por las investigadoras.

### **Beneficios**

Al conocerse los factores relacionados al trastorno disfórico premenstrual se podrá tener un mejor reconocimiento de los síntomas y una adecuada intervención profesional y tratamiento. Así mismo se dará educación respecto a los factores modificables para la disminución sintomatológica del TDPM.

### **Confidencialidad**

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad.

### **Contacto**

Si usted tiene alguna duda acerca de este estudio, las investigadoras están dispuestas a responder preguntas adicionales sobre la encuesta.

### ANEXO 3: DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACIÓN

Yo, he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis dudas han sido resueltas.

He comprendido que mi participación es voluntaria. Además, entiendo que, al estar de acuerdo en participar, autorizo que se procese la información que he dado.

En base a lo que se me ha informado, estoy de acuerdo en participar de este estudio.

<b>Nombre de participante que da su autorización</b>	
<b>DNI</b>	
<b>Firma y / o huella digital del participante que da su autorización</b>	

<b>Nombre de las investigadoras</b>	Maria Fernanda Costa Chávez Claudia Santa Maria Gutiérrez
<b>DNI</b>	71581673 74061567
<b>Número de contacto</b>	959932311 972726346

**FECHA:**

ANEXO 4 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>EDAD</b>	
<b>¿Usted consume café de manera frecuente (diario)?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Cuántos Kg pesa?</b>	
<b>¿Realiza algún tipo de actividad física de manera regular? (mínimo 30 minutos 3 veces a la semana)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Usted migró a la ciudad de Arequipa?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Cuál es su estado civil?</b>	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada
<b>¿Cuál es su grado de instrucción?</b>	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior Técnica <input type="checkbox"/> Superior Universitaria
<b>¿Ha sido diagnosticado hiper o hipotiroidismo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica como Diabetes, Hipertensión, asma u otros?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Ha sido diagnosticado de trastorno depresivo, ansioso, o de la personalidad realizados por profesional especializado?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Consumen actualmente algún Inhibidor Selectivos de la Recaptación de</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Serotonina (Fluoxetina, sertralina y paroxetina)</b>	
<b>¿Consume regularmente tabaco?</b>	<input type="checkbox"/> No consumo tabaco <input type="checkbox"/> Consumo 4 cigarros al mes <input type="checkbox"/> Consumo más de 4 cigarrillos al mes
<b>¿Consume algún otro tipo de drogas?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Consume regularmente alcohol?</b>	<input type="checkbox"/> No consumo alcohol <input type="checkbox"/> Consumo 4 vasos de alcohol al mes <input type="checkbox"/> Consumo más de 4 vasos de alcohol al mes
<b>¿A qué edad fue su menarquia? (años)</b>	
<b>¿Su régimen catamenial es...?</b>	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular
<b>¿Sufre de dolor durante la menstruación?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿A qué edad inició Relaciones Sexuales?</b>	
<b>¿Usted tiene una pareja sexual estable?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Usa algún tipo de anticonceptivo hormonal?</b>	<input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Ninguno